

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Anna Rotreklová**

Souvislost rizika suicidia a depresivních symptomů u pacientů – mužů závislých  
na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě ve vybraných zařízeních  
v ČR

Suicide Risks in Connection with Depressive Symptoms of Non-alcoholic  
Substance Addicts - men in Some Health-service Institutions in the Czech  
Republic

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha, 2012

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 11. 5. 2012

.....

.....

Identifikační záznam:

ROTREKLOVÁ, Anna. *Souvislost rizika suicidia a depresivních symptomů u pacientů – mužů závislých na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě ve vybraných zařízeních v ČR. [Suicide Risks in Connection with Depressive Symptoms of Non-alcoholic Substance Addicts - men in Some Health-service Institutions in the Czech Republic]*. Praha, 2012. 148 s., 8 příloh. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN 2012. Vedoucí práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. za odborné vedení, připomínky a rady při zpracování mé diplomové práce.

## **Abstrakt:**

Východiska: Rizikové faktory spojené se suicidalitou jsou například těžká depresivní epizoda v anamnéze, nízké sebevědomí, pocity beznaděje, agresivita, impulzivita, přítomnost suicidálních myšlenek během depresivní fáze, závažná anxieta, poruchy osobnosti (především hraniční, narcistická a histriónská), nikotinismus, abúzus alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek, stres, problémy v zaměstnání, sexuální nebo fyzické násilí, konflikty s příbuznými nebo životními partnery a absence osoby, které by pacient mohl důvěřovat (Látalová, & Praško, 2009). Tyto rizikové faktory se bezesporu objevují i u osob závislých na návykových látkách, ať již v ústavní, nebo jiné léčbě či u osob závislých bez léčby. Proto se práce věnovala tématu suicidia, deprese a závislosti, a ve výzkumné části zkoumala souvislost výskytu depresivních symptomů a rizika suicidia u vybrané skupiny – mužů hospitalizovaných na oddělení pro léčbu závislosti na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě v psychiatrických léčebnách v ČR.

Cíle: Hlavním cílem bylo zmapovat téma problematiky suicidia a deprese a propojit je s tématem závislosti. Diplomová studie se zaměřovala na zjištění a srovnání rizika suicidia s výskytem depresivních symptomů u mužů - uživatelů nealkoholových návykových látek v ústavní léčbě ve vybraných psychiatrických léčebnách v České republice.

Metody: Ke srovnání rizika suicidia a výskytu depresivních symptomů byl použit u respondentů Beckův inventář deprese a k odhalení suicidálního rizika Pöldingerův dotazník. Tyto dva dotazníky doplňoval ještě krátký anamnestický dotazník. Ve výběru psychiatrických léčeben účastnících se výzkumného šetření rozhodovala velikost dle počtu lůžek, protože výzkum byl proveden v 7 z 10 největších psychiatrických léčeben v ČR. Konkrétně se výzkumného šetření účastnila tato zařízení: PL Bohnice, PL Opava, PL Havlíčkův Brod, PL Kosmonosy, PL Jihlava, PL Šternberk a PL Horní Beřkovice. Z těchto zařízení se dohromady výzkumného šetření zúčastnilo 91 respondentů, z nichž byli 2 respondenti vyřazeni, jelikož nevyhověli kritériím pro výběr respondentů.

Výsledky: Výsledky výzkumného šetření ukazují spíše nižší výskyt depresivní symptomů i nižší suicidální riziko mezi pacienty (muži) závislými na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě. Patrná je střední míra závislosti mezi výsledky Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku v případě obou nízkých či naopak v obou vysokých počtech dosažených bodů. To znamená, že byla zjištěna střední míra závislosti mezi středně vysokým až vysokým rizikem suicidia a těžkou formou deprese, a dále byla odhalena střední míra závislosti mezi výsledky odkazující na žádnou depresi a nízké riziko suicidia. Nepotvrdila se závislost mezi slabou až těžkou depresí a středně vysokým rizikem suicidia.

**Klíčová slova:** suicidium, sebevražda, depresivní symptomy, ústavní léčba.

#### **Abstract:**

Starting point: Risk factors associated with suicidality are, for example, severe depressive phase in anamnesis, low self-esteem, feelings of hopelessness, aggressiveness, impulsivity, suicidal thoughts during depressive phase, severe anxiety, personality disorders (border, narcissistic, histrionic personality), nicotine abuse, alcohol or other substance abuse, stress, problems at work, sexual or physical violence, conflicts with relatives or life partners, absence of the person who the patient can trust (Látalová, & Praško, 2009). These risk factors can undoubtedly occur in non-alcoholic substance addicts, patients in hospitals or those without treatment. That's why the work has been devoted to the topic of suicide, depression and addiction. In the research part I wanted to verify connection of depressive symptoms and suicidal risks in patients - men in some psychiatric hospitals in The Czech Republic.

Aims: The main aim of my work was to map the topic of suicide and depression and connect it with the theme of addiction. The thesis has been compared suicidal risks and depressive symptoms in non-alcohol substance addicts - men in some psychiatric hospitals in The Czech Republic.

**Methods:** We used Beck Depression Inventory and Pöldinger questionnaire for comparison of depressive symptoms and suicidal risks. Both questionnaires were added by short anamnestic questionnaire. Our research was carried out in 7 of 10 biggest psychiatric hospitals in The Czech Republic: Bohnice, Opava, Havlíčkův Brod, Kosmonosy, Jihlava, Šternberk and Horní Beřkovice. 91 respondents from these psychiatric hospitals took part in our research, 2 of them were discarded because they were not suitable for it.

**Results:** The results of our research show rather lower occurrence of depressive symptoms and lower suicidal risks among patients (men), non-alcoholic substances addicts in hospitals. We can observe medium rate of dependence between results of Beck Depression Inventory and Pöldinger questionnaire, both in case of low or high gained points. That means we have found out medium rate of dependence between medium high up to high suicidal risks and severe depression. Then we have discovered medium rate of dependence between results shown no depression and low suicidal risks. We haven't found out dependence between slight up to severe depression and medium suicidal risks.

**Keywords:** suicide, depressive symptoms, institutional treatment.

## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>13</b>
<b>1. SUICIDIUM .....</b>	<b>15</b>
1.1 Definice pojmů souvisejících s rizikem suicidia.....	15
1.2 Problematika suicidia.....	17
1.3 Kdo je ohrožen zvýšeným rizikem suicidia? .....	18
1.3.1 Diagnostika rizika suicidia.....	19
1.3.2 Autoagrese .....	20
1.3.3 Ringelův presuicidální syndrom .....	20
1.3.4 Rizikové faktory suicidia.....	21
1.3.5 Varovné signály .....	23
1.4 Charakteristiky suicidálního jednání .....	24
1.4.1 Suicidální myšlenky .....	24
1.4.2 Motivy suicidia .....	25
1.4.3 Příčiny suicidálního jednání.....	26
1.4.4 Shneidmanovy charakteristiky suicidií .....	27
1.4.5 Vývojová stádia suicidia .....	28
1.5 Druhy suicidia .....	29
1.5.1 Dokonané a nedokonané suicidium .....	29
1.5.2 Parasuicidium .....	29
1.6 Prevence suicidia.....	30
1.6.1 Primární prevence .....	30
1.6.2 Sekundární prevence .....	31
1.6.3 Terciární prevence .....	31
1.7 Krizová intervence u suicidální problematiky.....	31



1.7.1	Hlavní zásady krizové intervence u suicidální problematiky .....	32
1.7.2	Průběh krizové intervence .....	32
1.7.3	Telefonická krizová intervence .....	33
1.7.4	Antisucidální kontrakt .....	34
1.8	Terapie u suicidální problematiky .....	34
1.8.1	Pomoc při suicidálních myšlenkách a tendencích .....	34
1.8.2	Terapie po nedokonaném suicidiu .....	35
1.8.3	Farmakoterapie po nedokonaném suicidiu.....	37
1.8.4	Hospitalizace .....	38
<b>2.</b>	<b>DEPRESE .....</b>	<b>38</b>
2.1	Definice deprese a souvisejících pojmů .....	38
2.2	Kdo je ohrožen zvýšeným rizikem deprese? .....	39
2.2.1	Diagnostika deprese .....	39
2.2.2	Příznaky deprese .....	40
2.2.3	Rizikové faktory deprese .....	42
2.3	Charakteristiky deprese .....	44
2.3.1	Epidemiologie .....	44
2.3.2	Klasifikace .....	45
2.3.3	Depresivní myšlenky .....	45
2.3.4	Příčiny deprese .....	46
2.4	Druhy deprese .....	48
2.4.1	Typy depresivních epizod .....	50
2.5	Prevence deprese .....	50
2.5.1	Primární prevence deprese .....	50
2.5.2	Sekundární prevence deprese .....	51
2.5.3	Terciární prevence deprese .....	51
2.6	Léčba deprese .....	52
2.6.1	Průběh léčby deprese .....	53
2.6.2	Pomoc při depresi .....	54
2.6.3	Psychoterapie a deprese .....	56

2.6.4 Farmakoterapie .....	58
2.6.5 Hospitalizace .....	61
<b>3. RIZIKO SUICIDIA A DEPRESIVNÍ SYMPTOMY U PROBLEMATIKY ZÁVISLOSTÍ .....</b>	<b>62</b>
3.1 Závislost na nealkoholových návykových látkách .....	62
3.2 Suicidium a depresivní porucha .....	63
3.3 Suicidium a problematika závislostí .....	66
3.4 Deprese a problematika závislostí .....	68
3.5 Deprese a užívání návykových látek .....	69
<b>4. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ SOUVISLOSTI RIZIKA SUICIDIA A DEPRESIVNÍCH SYMPTOMŮ U PACIENTŮ – MUŽŮ ZÁVISLÝCH NA NEALKOHOLOVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH V ÚSTAVNÍ LÉČBĚ VE VYBRANÝCH ZAŘÍZENÍCH V ČR .....</b>	<b>70</b>
4.1 Cíl práce, hypotézy .....	70
4.2 Realizace práce .....	71
4.2.1 Popis realizace .....	71
4.3 Metodologie výzkumného šetření .....	72
4.3.1 Anamnestický dotazník .....	72
4.3.2 Beckův inventář deprese .....	72
4.3.3 Pöldingerův dotazník .....	74
4.3.4 Charakteristika výzkumného souboru .....	75
4.3.5 Stav dat .....	94
4.4 Etické aspekty práce .....	95
4.5 Výsledky šetření .....	95
4.5.1 Výsledky Beckova inventáře deprese .....	95
4.5.2 Výsledky Pöldingerova dotazníku .....	97
4.5.3 Souvislost výsledků Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku .....	98

4.5.4 Výsledky jednotlivých dimenzí pro Beckův inventář deprese pro celý soubor .....	103
4.5.5 Výsledky jednotlivých otázek pro Pöldingerův dotazník .....	115
4.5.6 Hypotéza číslo 1 .....	120
4.5.7 Hypotéza číslo 2 .....	122
4.5.8 Hypotéza číslo 3 .....	124
4.5.9 Hypotéza číslo 4 .....	126
<b>5. SOUHR VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>128</b>
<b>6. DISKUZE.....</b>	<b>130</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>134</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>136</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>137</b>
<b>Literatura a internetové zdroje .....</b>	<b>141</b>
<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>148</b>
Seznam příloh:.....	148
Příloha 1: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2010 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011). .....	1
Příloha 2: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami v l. 1998-2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011). .....	2
Příloha 3: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2010 podle vybraných skupin drog a příčin smrti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011). .....	3
Příloha 4: Anamnestický dotazník .....	4
Příloha 5: Beckův inventář deprese .....	7
Příloha 6: Pöldingerův dotazník .....	11
Příloha 7: Informovaný souhlas .....	12

Příloha 8: Počet lůžek celkem, počet lůžek pro léčbu uživatelů návykových látek k 31. 12. 2010 a počet hospitalizací se základní diagnózou F10-F19 za rok 2010 .....	14
--	----

## ÚVOD

V roce 2006 byla publikována studie, která ukázala, že nejčastěji se v roce 2002 pokusili o sebevraždu lidé s endogenní depresí, závislí na psychoaktivních látkách a lidé s neurotickými poruchami. Zároveň bylo také zjištěno, že 67,27 % těch, kteří se v roce 2002 pokusili o suicidium, už bylo někdy v psychiatrické péči (Izáková, Novotný, & André, 2006). Tato data svědčí o provázanosti suicidality s výskytem deprese. Studie též poukazuje na ohroženou skupinu závislých na návykových látkách v ústavní léčbě. Češková tvrdí, že 70 % suicidií je následkem deprese (Češková, 2003). Přesto však existují osoby, které přes velký výskyt sebevražedného chování, nevykazují žádné depresivní symptomy a osoby, které i přes dlouhodobé deprese nemají suicidální tendence (Koutek, & Kocourková, 2007).

Sama drogová závislost je považována za rizikový faktor pro suicidální chování. Některé odhady udávají, že 18 % závislých na návykových látkách spáchá sebevraždu. Nástrojem k sebevraždě se může stát i užívaná droga. Pak ovšem nastává nelehký úkol odlišení nechtěného předávkování od záměrného suicidálního činu (Koutek, & Kocourková, 2007). Užívání návykových látek a deprese může být vykládáno dvojím způsobem. Působení alkoholu a jiných návykových látek může být depresivními pacienty používáno jako sebemedikace proti smutku a napětí. A naopak přehnané užívání alkoholu a závislost na návykových látkách, může vést k propuknutí deprese (Praško, Prašková, & Prašková, 2003).

Genderově je poměr suicidálních pokusů poněkud specifický. Ženy se třikrát častěji pokoušejí o sebevraždu než muži. Muži však čtyřikrát častěji suicidium dokonají (Fischer, & Škoda, 2009). Muži se tedy z hlediska dokonaných sebevražd zdají rizikovější. Výskyt deprese mezi pohlavími vypadá rizikověji zase u žen, kde je téměř trojnásobný naproti mužům. V souvislosti s těmito daty se však odhaduje, že se stejnými depresivními symptomy navštíví lékaře nebo psychologa dvakrát méně mužů než žen. Situace na poli deprese je tak v reálu možná genderově vyrovnanější (Křivohlavý, 2003).

Tato práce se zaměřuje na zjištění souvislostí mezi suicidálním rizikem a výskytem depresivních symptomů u mužů závislých na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě. Vycházíme z předpokladu, že závislost

obecně může být rizikovým faktorem jak pro suicidální jednání, tak i pro objevení depresivních symptomů. Specificky pak právě závislost na nealkoholových návykových látkách může znamenat ještě větší přítěž, protože pokud se jedná o užívání nelegálních návykových látek, tak závislost způsobuje větší sociální škody spojené s vysokou marginalizací uživatelů. Samotné riziko suicidia může být považováno za problém psychologický, medicínský až sociální, téma deprese je zase spíše medicínským a psychologickým problémem a cílová skupina práce (muži – závislí na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě) jsou tématem adiktologickým. Téma této práce u nás zatím nebylo výzkumně zpracováno. Existují zde však podobné studie jako například z roku 2009 s titulem „Bipolární afektivní porucha a suicidalita“, dále studie z roku 2000 „Indikace léčby antidepresiv u závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách“, také z roku 2008 „Potíže s kauzalitou: Podíl halucinogenů, antidepresiv a isotretinoinu na rozvoji deprese a suicidálního chování“ a studie z roku 1998 „Zvyšuje podávání antidepresiv pohotovost k sebevraždě?“. Všechny tyto studie jsou citovány v seznamu literatury. V zahraničí lze nalézt také studie podobného rázu jako například z roku 1999 „Substance abuse and drug-related death, suicidal ideation, and suicide: a review“, dále z roku 2000 „Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior“ či studie s titulem „Suicidal ideation and attempts among chemically dependent adolescents“ z roku 1994. Tyto studie jsou také citovány v seznamu literatury.

Ve výzkumné části práce jsou použita data nasbíraná ze sedmi psychiatrických léčeben v České republice, které patří k deseti největším léčebnám u nás. V těchto psychiatrických léčebnách byly pacientům závislým na nealkoholových návykových látkách dány k vyplnění tři dotazníky. Jednalo se o dotazník na anamnestické údaje, Beckův inventář deprese zjišťující přítomnost depresivních symptomů a Pöldingerův dotazník odhalující míru suicidálního rizika.

# 1. SUICIDIUM

## 1.1 Definice pojmů souvisejících s rizikem suicidia

Suicidium je poruchou pudu sebezáchovy, která směřuje k úmyslnému ukončení vlastního života. Obvykle je to reakce na složitou životní situaci spojenou se ztrátou smyslu života (Hartl, & Hartlová, 2000).

Suicidium neboli sebevražda je vykonání jednání, kterým dochází ke smrti z vlastní vůle a ze svého přičinění. Je to různě motivované usmrcení sebe sama a v podstatě jde o poruchu pudu sebezáchovy, která je popsána i u některých druhů zvířat. Více se objevuje u mužů, ale u žen se zase vyskytuje více pokusů o sebevraždu, tzv. nedokonaných suicidií (Mühlpachr, 2008).

„Suicidium (sebevražda) je úmyslné a vědomé ukončení života, je nejvýraznějším projevem poruchy pudu sebezáchovy. U „nepsychiatrické“ populace jde často o zkratkové jednání, jinak se jedná převážně o pacienty ze schizofrenního nebo depresivního okruhu chorob“ (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006, s. 109).

Kolem suicidia existuje mnoho termínů, které se mu velmi přibližují, ale přesto je mezi nimi rozdíl. Například o sebezabití hovoříme, pokud rozhodnutí zemřít chybělo, ale přesto k ukončení života došlo. To se může stát v situaci, kdy halucinující nemocný utíká oknem před domnělým pronásledováním a smrtelně se zraní. Sebeobětování je takový případ, kde má smrt jednotlivce pomoci někomu nebo něčemu jinému jako například myšlence, ideologii či společnosti (Klimpl, 1998).

Dalšími termíny, které se suicidiem souvisí, či ho nějak přibližují, jsou suicidální jednání, suicidální chování, suicidalita (sebevražednost), sebevražedný pokus, parasuicidium, bilanční suicidium, autoagresivní suicidium, rituální suicidium, rozšířené suicidium, sebepoškozování, suicidální myšlenky a tendence, suicidální dohoda, suicidální krize a kryptogenní suicidium. Suicidální chování je provedení suicidia nebo neúspěšného pokusu o suicidium (Mühlpachr, 2008). Suicidální jednání je charakteristické behaviorálními projevy, které směřují k suicidálnímu činu (Fischer, & Škoda, 2009). Suicidalitou rozumíme počet úmrtí zapříčiněných sebevraždou na 100 000 obyvatel za rok (Mühlpachr, 2008).

Sebevražedným pokusem jsou míněny závažné sebevražedné aktivity, páchané s úmyslem zemřít, které ale nevedly ke smrti, protože vybrané prostředky nebyly dostačující (probuzení z těžké, ale nikoli smrtelné intoxikace). Další možností je, že došlo k přerušení probíhající sebevraždy zásahem zvenčí, například když jiná osoba nalezne suicidanta a přivolá včas lékařskou pomoc (Klimpl, 1998).

Parasuicidium je odborný pojem pro demonstrativní sebevražedný pokus, kde nebývá úmysl zemřít úplně jasně stanoven. Suicidální aktivita u parasuicidia může být méně nebezpečná, chybí zde příprava a proces rozhodování je více impulzivní (Klimpl, 1998). Neuvědomovaným smyslem parasuicidia je zbavit se problematické, stresující situace. Typicky bývá obsahem parasuicidia volání o pomoc, snaha o získání ohledů, zájmu a spolupráce od ostatních (Klimpl, 1998). Bilančním suicidiem popisujeme čin, který člověk realizuje po střízlivé rozvaze nad situací, ve které se zdá, že výhodnější je zemřít. Může zde jít o člověka s nevyléčitelnou nemocí, o člověka starého, bez finančních prostředků, nebo o člověka ohroženého trestem smrti či odsouzením na doživotí za ilegální činnost (Vondráček, & Holub, 2003). Suicidium autoagresivní je krutě a drasticky provedenou sebevraždou jako například podřezání žil nebo skok z okna. Toto suicidium můžeme chápat jako sebetrestající čin. Někdy jde v tomto případě o doprovodný jev schizofrenie, depresivních stavů nebo psychopatií (Hartl, & Hartlová, 2000). Rozšířené suicidium je suicidální jednání, při němž nemocný v psychotické motivaci provede před vlastní sebevraždou usmrcení blízké osoby. Motivem může být ochrana blízké osoby před zlem tohoto světa (Koutek, 2000). Suicidium rituální je vyjádření poslušnosti sektě. Většinou bývá hromadné a jeho snahou je vyhnout se předpovídanému dnu zkázy světa či poslední bitvy (Hartl, & Hartlová, 2000). Sebepoškozování neboli automutilace je aktem autoagresivních tendencí, jejichž záměrem není smrt, ale například zisk nějaké výhody či vymanění se z nepříjemností. Důsledkem tohoto aktu je vědomé poškození tělesné integrity vlastní osoby (Fischer, & Škoda, 2009).

Sebevražedné myšlenky a tendence jsou typické verbálními či neverbálními projevy, které poukazují na to, že se jejich nositel zabývá myšlenkami na sebevraždu. Rozhodnutí zemřít však nemusí být jednoznačné, mohou zde být přítomny i ambivalentní postoje ke smrti. Suicidálním činem je pak dáván život



vsázku. Postoje ke smrti mohou být vědomé i nevědomé. Mohou být tak vyjádřeny charakterem a často i výsledkem suicidálního jednání (Koutek, 2000).

Suicidální dohoda se vytváří tehdy, pokud se nejméně dva lidé domluví, že spolu spáchají sebevraždu (Koutek, 2000). Suicidální krize je stav objevující se před vlastním suicidálním jednáním. Bez vnějších zásahů může zákonitě vyplynout v dokonané suicidium (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). Suicidium kryptogenní je druhem suicidia, kdy má sice jedinec v úmyslu umřít, ale volbou způsobu smrti to utahuje. Příkladem je předstírání automobilové nehody za účelem získání pojistného pro pozůstalé (Hartl, & Hartlová, 2000).

## **1.2 Problematika suicidia**

Pojmy jako „sebevražda“, „dobrovolná smrt“, „suicidium“ se používají ve spojení se samoničivými způsoby chování, které se rekrutují z rozmanitých motivů a životních situací, takže se projevují i rozdílnými cestami. Lidstvo se po celá staletí zabývá otázkou sebevraždy a jejími aspekty. V začátcích se toto téma hodnotilo pouze z teologického, etického a filozofického pohledu. Později se k němu přistupovalo i na základě teorií sociologických a psychologických (Moody, 1994).

„Sebevražda, sebevražedný pokus a obecně sebevražedné chování je tematika obestřená určitým tajemstvím“ (Koutek, & Kocourková, 2007, s. 9). Asi každého napadlo, hlavně v adolescentním věku, co by se přihodilo, kdyby nebyl, kdyby svou vlastní volbou odešel z tohoto světa. Od této myšlenky je však k uskutečnění ještě daleko (Koutek, & Kocourková, 2007).

Suicidium blízké osoby je tou nejhůře zvládnutelnou ztrátou (Kubíčková, 2002). Jde vždy o čin, který blízkým lidem něco naznačuje a vzkazuje. Je to tragický výkřik zoufalství, který způsobuje pocity viny, smutku a beznaděje. Téměř každý pozůstalý uvažuje o tom, co mu člověk, který spácháním sebevraždy odešel, říká. A také co mohl vůči zemřelému udělat jinak a čím mu ublížil. Suicidální jednání je obecně hodnoceno jako vážný zdravotní problém, kterým se zabývá i Světová zdravotnická organizace. V evropských zemích je suicidium ve věkové kategorii od 15 do 34 let po dopravních nehodách druhou nejčastější příčinou úmrtí. Suicidalitou se v České republice zabývá ministerstvo zdravotnictví v programu „Zdraví pro všechny v 21. století“, kde v kapitole „Zlepšení duševního

zdraví“ předkládá ambiciózní cíl snížení počtu sebevražd alespoň o jednu třetinu (Koutek, & Kocourková, 2007).

### **1.3 Kdo je ohrožen zvýšeným rizikem suicidia?**

Ten, kdo přemýšlí o suicidiu nebo si jej přímo přeje, zažívá různé aspekty krize. Je přesvědčen, že nezvládne nároky, které na něj klade jeho okolí. Cítí, že selhává ve svém životě a obrací se přitom k různým akutním či chronickým stresujícím záležitostem. Nachází se v beznadějně situaci a běžně dostupné adaptační mechanismy nefungují. Dochází k vykojení, které oplývá svou vlastní dynamikou, jež se začíná vymykat kontrole. Roste stav nerozhodnosti, váhání a kolísání, jehož konec s sebou nese úplné vzdání se života. V lepším případě vede k novému začátku a dalšímu zrání (Rahn, & Mahnkopf, 2000).

Počet dokonaných suicidií na 100 000 obyvatel vyjadřuje pojem indicie. Ta se liší podle pohlaví, národnosti, věku a jiných sociálních faktorů. Indicie je obecně vyšší u mužů, starší populace a u rozvedených. Riziko suicidálního jednání také zvyšují duševní choroby. Nejvíce zastoupenou skupinou suicidálně jednajících psychiatricky nemocných, jsou lidé trpící schizofrenií, afektivními poruchami nebo závislostí (Rahn, & Mahnkopf, 2000). Mezi afektivními poruchami a rizikem sebevražedného jednání jednoznačně převládá depresivní porucha (Lorenc, 2007). Je však možné, že souvislost mezi specifickými osobnostními vlastnostmi a sebevražedným jednáním neexistuje, a poruchy osobnosti náleží pouze k všeobecným ohrožujícím faktorům (Rahn, & Mahnkopf, 2000). Přesto ale bylo stanoveno několik charakteristik, které rozlišují ty, kteří jsou suicidiem ohroženi od těch, kteří ohroženi nejsou. V oblasti demografických podmínek například budoucím suicidentům nahrává bydliště ve městě. Pro rodinný stav je to stav rozvedený, ovdovělý či bezdětný. Dále je přitěžující období extrémní ekonomické krize nebo blahobytu, nedostatek psychosociálních a kulturních vazeb (emigranti, utečenci, zajatci) a zvyšující se věk, zapříčiňuje-li ztrátu role v sociální skupině (Dörner, & Plog, 1999). Toto se doplňuje s následujícím výčtem, který definuje skupiny se zvýšeným rizikem suicidia (Špatenková, 2004):

- Děti a dospívající, kterým nebyl poskytnut dostatek potřebných znalostí, dovedností a zkušeností ke zvládání stresu a náročných životních situací.
- Staří lidé, kteří se cítí osamělí.

- Osoby, které jsou kvůli okolnostem vytrženi ze svého běžného životního řádu, například lidé po vážné nehodě a emigranti.
- Lidé postrádající smysl života a nenacházející cíl, například nezaměstnaní.
- Lidé pracující v pomáhajících profesích.

### 1.3.1 Diagnostika rizika suicidia

Riziko suicidia můžeme stanovit pomocí zkoumání několika faktorů. Jestliže u jedince předpokládáme suicidální myšlenky či tendence, případně se již pokusil spáchat suicidium, musí být jedinec pečlivě psychiatricky vyšetřen. Zaměřujeme se na exploraci závažnosti sebevražedných tendencí, na konkrétní představu suicidia a na realizované a plánované přípravy k suicidálnímu činu. U vyšetření by měly být odhaleny depresivní symptomy a jiné psychiatrické poruchy. Dále je důležité se zaměřit na osobní, rodinnou, školní či pracovní situaci. Informace o tom, zda se u dotyčného již suicidální pokus v minulosti objevil, hraje významnou roli. Pokud se tak v minulosti stalo, měli bychom posoudit nebezpečí opakování suicidálního jednání. K těmto účelům se používají dotazníky a posuzovací škály, zacílené na přítomnost deprese a suicidálních tendencí (Koutek, 2000).

U lidí ohrožených sebevraždou bývá častá dysforická nálada, kdy se člověk cítí smutný, nemocný a vyčerpaný. K tomu se mohou přidat také psychosomatické obtíže, jako jsou problémy se spánkem, bolesti hlavy či břicha. Ojedinele se vyskytující nejsou ani změny v jídelních zvyklostech, které se přiklání k nechutenství, nebo k přejídání. Tyto psychosomatické obtíže se objevují hlavně u dětí a adolescentů. Obecně je známo, že dítě dokáže méně než dospělý prožívat a popisovat psychické obtíže, jakými jsou úzkost, strach, napětí či smutek. Tyto problémy se u dětí mohou navenek projevat nepříznivým chováním až poruchami chování. Adolescenti se však již prožíváním blíží více k dospělému (Koutek, & Kocourková, 2007).

Při posuzování suicidálního rizika je nejlepším diagnostickým nástrojem empatický rozhovor, který je vlastně i základním kamenem prevence sebevraždy. Vždy však může nastat situace, kdy ohrožený člověk o svých sebevražedných úmyslech otevřeně mluvit odmítá. Tento stav se vyskytuje především v případech, kdy je člověk k suicidiu pevně rozhodnutý. Pomáhající je zde proto odkázán

jen na nepřímé znaky, které by měl objasňujícím způsobem sledovat, a to i přes obranný postoj pacienta. Významným příznakem je pocit beznaděje (Rahn, & Mahnkopf, 2000).

### **1.3.2 Autoagrese**

Suicidální jednání je v každé své formě do krajnosti vyhocenou autoagresí. Na vědomé úrovni funguje jako sebezničující aktivita směřující ke smrti (Koutek, & Kocourková, 2007). Touha po smrti však nemusí být zcela jednoznačná. Jedna stránka v budoucím suicidantovi promítá mnoho prvků autoagresivních, ale ta druhá také prvky heteroagresivní. V suicidálním jednání může být ukryt i heteroagresivní motiv msty a trestu vůči okolí (Koutek, & Kocourková, 2007).

Suicidium občas bývá dáváno do souvislosti s vraždou, protože oba tyto činy vyžadují vysoké agresivní tendence. Směr agrese může být v tomto pohledu dvojitý. Obrácený navenek, v nejextrémnějším pojetí jako vražda, a obrácený dovnitř, v nejkrajnějším případě jako suicidium (Viewegh, 1996). Z hlediska hodnotových postojů můžeme v sebevražedném jednání spatřit dva způsoby autoagrese: agrese primární a agrese sekundární neboli zprostředkovanou (Viewegh, 1996). Primární autoagrese je zapříčiněna lidskou schopností sebereflexe. Za určitých okolností na sebe může člověk nahlížet jako na objekt a ve vyhoceném případě i jako na objekt, který chce zničit. Vlastní osoba je označována jako bezcenná a nedostatečná, což způsobí sebedestruktivní tendence. Hlavní podstatou sekundární reakce je útěk. Člověk může utíkat do nebytí například před dlouhodobým utrpením vyvolaným nevyléčitelnou nemocí. V tomto případě je autoagresivní tendence jen druhotná, protože je přivolána něčím vnějším, ne pocitem bezcennosti vlastního já (Viewegh, 1996).

### **1.3.3 Ringelův presuicidální syndrom**

Ringelův presuicidální syndrom je charakterizován těmito fázemi (Dörner, & Plog, 1999):

- Zúžení vnímání, stažení se do sebe, pocit samoty a ztráty smyslu.
- Agrese a výčitky vůči okolí, rezignace, projevení suicidálního úmyslu.

- Útěk z reality do fantazie, která je více a více zaplavovaná suicidálními myšlenkami.

Když posoudíme tyto tři kvality, získáme schopnost diagnosticky i prognosticky poznat míru ohrožení daného jedince. Získáme také vodítko, jak postupovat v krizové intervenci, která má za úkol směr vývoje jednotlivých znaků tohoto syndromu zvrátit (Havránková, 2007).

První fáze zúženého vnímání se projevuje pocity beznaděje a vírou v neschopnost zvládnout svou stávající životní situaci a problémy. Emoce, nad kterými jedinec ztrácí kontrolu, směřují k zoufalství, úzkosti, bezmoci a strachu. Vytrácí se schopnost náhledu a jedinec začíná vidět jen to, co jej znehodnocuje. Časté je též stažení se do sebe ve vztahové rovině. Jedinec se lidí straní, uzavírá se před nimi a vztah, v němž žije, pro něj postrádá hodnotu, nebo si naopak prázdný partnerský vztah idealizuje. Hodnoty, které byly pro jedince inspirací, bral je za své a přinášely mu radost, už nemají velkou cenu. Život ztrácí smysl. Druhá fáze je znatelná podle narůstající nenávisti vůči sobě, neschopnosti prolomit bludný kruh negativních myšlenek a zlosti, která se stále více obrací proti ohroženému jedinci. Narušující přesvědčení o vlastní neschopnosti a nedostatku kvalit, které způsobily nynější stav, roste. Ve třetí fázi se častěji opakují suicidální fantazie přinášející pocity úlevy a svobody. Suicidium začíná vypadat jako jediné schůdné řešení, které člověka zbaví utrpení. Od sebevražedných úvah, které zužují subjektivní prostor a posilují agresi vůči sobě samému, je pak velmi blízko k činu, tedy k sebevraždě (Havránková, 2007).

Osvědčilo se popisovat na základě všeobecných znaků suicidálního jednání bazální suicidalitu, která umožňuje věnování zvýšené pozornosti k suicidálně rizikovým skupinám. Také příbuzní pacientů mohou být nápomocní při odhadu suicidality, protože mohou vnímat a sledovat změny před suicidiem mnohem více než pomáhající, kteří zpravidla znají pacienta velmi krátce (Rahn, & Mahnkopf, 2000).

#### **1.3.4 Rizikové faktory suicidia**

Počet suicidií narůstá s věkem. Velmi rizikovou skupinou jsou lidé středního věku, ale nejvyššího vrcholu dosahují muži nad 65 let. Nejohroženější skupinou

u sebevražedných pokusů jsou ženy v adolescentním věku a mladé dospělosti. Obecně lze tvrdit, že obyvatelstvo velkoměsta je k suicidiu náchylnější než obyvatelé venkova a menších měst (Klimpl, 1998). Rizikové faktory suicidia můžeme rozčlenit do pěti hlavních skupin (Fischer, & Škoda, 2009):

- Faktory obecně medicínské – zde řadíme hlavně somatická onemocnění. Nejzávažnější je období, kdy je onemocnění diagnostikováno. Riziko suicidia se dále zvyšuje s mírou bolesti, nežádoucích účinků farmak a obavami o prognózu onemocnění do budoucnosti. Terminální stádia nemocí patří rovněž mezi tyto ohrožující faktory.
- Faktory psychické – se ukazují zejména u deprese, psychóz, těžkých úzkostných poruch, posttraumatických stresových poruch a hypochondrických poruch. Deprese je velmi nebezpečná, pokud je spojená s nadužíváním alkoholu. Rizikovými faktory jsou také předcházející epizody sebepoškozování, suicidálního jednání v rodině či okolí, zneužívání sedativ, poruchy příjmu potravy, bipolární afektivní porucha, obsedantně kompulzivní porucha, panická porucha, schizofrenie, abúzus alkoholu a nadměrný životní stres. „Nejvýznamnějším kritériem závažnosti je přítomnost či nepřítomnost suicidálního plánu. Pokud jedinec plán nemá a hovoří pouze o tom, že by raději zemřel, je pouze ve stadiu úvah a akutní nebezpečí suicidálního pokusu nehrozí“ (Fischer, & Škoda, 2009, s. 75). Jestliže jedinec suicidální plán má, pak je dobré zhodnotit letalitu vybrané metody (předávkování léky přináší o něco menší pravděpodobnost dokonání suicidia než skok z výšky), dostupnost prostředků, promyšlenost činu do detailů a důkladnost přípravy na smrt (dopis na rozloučenou, zanechání závěti).
- Faktory demografické – dle statistických údajů je možné sledovat vyšší riziko sebevražedného jednání v některých segmentech společnosti. Rizikovější jsou adolescentní mladiství, lidé v období mladší a střední dospělosti a ve vyšším věku. Pokud budeme porovnávat pohlaví a riziko suicidia, dojdeme k závěru, že ohroženější jsou muži. Další hodně rizikovou skupinou jsou osoby rozvedené nebo žijící osaměle. V oblasti vzdělání můžeme uvažovat tak, že se vzrůstajícím vzděláním sebevražednost spíše klesá.
- Faktory sociální – zde najdeme faktory jako neuspokojivé či chybějící sociální vztahy a sociální opora, domácí násilí v rodině, dysfunkční rodina, rodina bez otce,

vzory suicidálního jednání v blízkém okolí a rodině, migrace, emigrace a stav nezaměstnanosti.

- Biologické predispozice – otázka genetických dispozic k suicidiu a suicidálnímu jednání stále není vědecky zcela definitivně vysvětlena. Je však známo, že v této otázce hraje významnou roli především neurotransmitter serotonin.

Naproti rizikovým faktorům suicidia vystupují také faktory protektivní. Patří mezi ně děti v rodině, pocit zodpovědnosti vůči rodině, těhotenství, celková životní spokojenost, schopnost odpovídajícího vnímání reality, pozitivní pohled na život a podpora ze strany okolí (Fischer, & Škoda, 2009).

Spouštějícím faktorem suicidálního jednání u dětí a dospívajících bývá nezvládání nároků perfekcionista rodiců, týrání dítěte, sexuální zneužívání nebo zanedbávání, nechtěné těhotenství, odmítnutí či ztráta milované osoby, strach ze zkoušek, změna prostředí (bydliště, škola) a rozvod rodičů (Špatenková, 2004).

### **1.3.5 Varovné signály**

Ve čtyřech z pěti případů sebevražd dává suicidant najevo svůj úmysl zemřít. Existují tedy varovné signály, kterými odhaluje, co plánuje. Někdy jsou tyto varovné signály zřejmé jenom při pohledu zpět. Občas jsou však nápadnější, poněvadž člověk plánující suicidium, opravdu doufá, že si někdo všimne toho, co se s ním děje a nabídne mu pomoc. Mezi tyto varovné signály patří rozdávání majetku, které je možné zpozorovat, když budoucí suicidant říká věty jako: „Tohle už nebudu potřebovat“ nebo „chci, aby sis to ode mě vzala“. Druhým signálem možného suicidálního uvažování jsou negativní poznámky o budoucnosti, které se mohou objevit ve výrocích typu: „Beze mě vám bude stejně lépe“ či „nikdy mi nic nevyjde“. Třetím nebezpečným signálem jsou poznámky o budoucnosti bez osoby ohroženého, které jsou vyjadřovány ve větách jako: „Už se dále nebudeme vídat“ nebo „škoda, že už to neuvidím“. Mohou být i náznakem tvořícího se suicidálního plánu. Čtvrtým signálem je zájem o tematiku smrti, umírání a o to, co bude po smrti. Samozřejmě se mnoho dospívajících i dospělých zajímá o smrt, náboženství a o existenci posmrtného života. Pokud to však vypadá, že se těmito oblastmi někdo zabývá příliš nápadně nebo že je jimi fascinován a smrt popisuje jako klidný a mírný přechod do nebytí, může jít též o varovný signál. Pátým

signálem rizika suicidia jsou příznaky těžké deprese, kde patří změny ve vnějším vzhledu, potíže ve škole, změna režimu dne (především režimu spánku a jídla), problémy se soustředěním, apatie a vyčerpanost, ztráta zájmu o přátele, málo radosti z dříve oblíbených činností, projevy sebepodceňování a nenávisti k vlastní osobě, riskantní chování, problémy s drogami a alkoholem, nepřestávající uvažování o smrti, umírání nebo o suicidiu (Frankel, & Kranzová, 1998).

## **1.4 Charakteristiky suicidálního jednání**

### **1.4.1 Suicidální myšlenky**

Suicidální myšlenky na sebe mohou brát podobu nesprávných přesvědčení a představ o tom, co suicidium reálně znamená. Ačkoli nejsou tato přesvědčení logická a nemusí být ani pravdivá, člověku v depresi připadají přesvědčivé. Tyto myšlenky často vycházejí z iluzivního myšlení, což je způsob myšlení, ve kterém je skutečnost vnímána podle našeho přání, nikoli podle toho, jaká doopravdy je. Příkladem mohou být myšlenkové pochody vycházející z těchto základních úvah (Frankel, & Kranzová, 1998):

- „Všichni toho budou jednou litovat!“ Spojení sebevraždy a pomsty je dosti rozšířené. Člověk přemýšlející o suicidiu, si představuje pocity svého okolí, které se v jeho fantaziích bude cítit provinile, bude litovat a bude se stydět. Pozůstalí tyto pocity mohou opravdu mít, ale suicidant už z těchto pocitů žádný užitek nezíská, protože bude po smrti.
- „Konečně udělají to, co po nich chci!“ Ve fantaziích suicidanta lze spojit suicidium i s prostředkem k přinucení někoho něco udělat. To je patrné zejména u lidí, kteří zanechávají dlouhý dopis na rozloučenou s podrobnými pokyny ke svým posmrtným přáním. Tito lidé si myslí, že sebevraždou získají moc donutit ostatní, aby je poslechli. I zde nalezneme iluzivní, a zároveň pravdivé myšlení. Pozůstalí skutečně mohou posmrtná přání suicidantovi splnit, ale on už si z jejich činů žádné uspokojení neodnese.
- „Všichni přijdou na můj pohřeb a budou mě pak mít rádi.“ Tato představa může být podporována zkušeností suicidálního jednání blízkých či vrstevníků. Projevuje se to v případech, kdy je zemřelý suicidant připomínán při vzpomínkových obřadech či o něm znenadání okolí hovoří přívětivě a je zklamáno z jeho odchodu. Poté si může budoucí sebevrah pomyslet, že kdyby též zemřel, tak by se mu



dostalo stejné pozornosti. Problém však je, že po smrti už radost z pozornosti ostatních mít nebude.

- „Zase se setkáme a budeme spolu.“ Toto je jedna z nejvábnivějších představ o suicidiu. Člověk touží setkat se s někým, kdo zemřel a koho měl rád. Ještě výraznější je myšlenka o shledání, pokud tato osoba spáchala také sebevraždu. Velkou roli zde hraje iluzivní myšlení. Nikdo s jistotou neví, co ho čeká po smrti a suicidium těžko zaručí spojení s někým, kdo už nežije. I když je představa o opětovném setkání velmi úlevná, suicidium žádné jistoty nezaručuje.
- „Chci se zbavit nesnesitelné bolesti.“ Iluzivní myšlení dodává suicidiu zdání o přerušení všeho trápení a bolesti. V této představě však nefiguruje sebevražda a následná smrt jako absence všech pocitů. Sebevražda nemůže poskytnout klid a mír, jelikož všechny pocity člověka definitivně ukončí.
- „Konečně vezmu život do svých rukou.“ Z mnoha myšlenek, které vedou k suicidiu, je přání vzít vše do svých rukou asi nejtragičtější. Rozhodnutí suicidanta spáchat sebevraždu může působit na jeho pocit kontroly a moci, ale jen jestliže stále žije.

#### **1.4.2 Motivy suicidia**

Motivy k suicidálnímu jednání jsou stejně rozdílné jako lidé, kteří ho konají. Někdy je suicidium pro pozůstalé naprosto nepochopitelné a náhlé, jindy se jedná o akt pomsty nebo o psychické problémy, které dotyčná osoba nezvládla řešit jinak (Jakoby, 2004). Motivy, které vedou k suicidiu, mohou být rozličné jak individuálně, tak i v sociokulturním kontextu (Vágnerová, 2008).

Suicidium je nejčastěji motivováno únikem jedince z obtížné situace, kterou neumí překonat. Jedinec považuje situaci za naprosto beznadějnou a bezvýchodnou. Postrádá smysl života a jediné východisko ze své situace vidí v potlačení pudu sebezáchovy a ukončení vlastního života. Občas může být motivem suicidia upoutat na sebe pozornost. Jedná se o ty případy, kdy nejsou uspokojovány takové potřeby jedince jako potřeba sounáležitosti, lásky, jistoty bezpečí a potřeby materiální. Jedná se pak většinou o pouhou demonstraci, která může získat až charakter manipulace s druhými (Fischer, & Škoda, 2009).

Nejvíce se opakujícími motivy bývají rodinné konflikty a problémy, erotické problémy, materiální problémy, pracovní a školní problémy, konflikty s veřejnými zájmy a problémy s tělesným onemocněním nebo vadou (Špatenková, 2004).

#### **1.4.3 Příčiny suicidálního jednání**

Příčiny suicidií jsou různé. K suicidiu většinou nesměruje jedna hlavní příčina, ale celý komplex navzájem spjatých, hlavních i vedlejších příčin (Budinský, 2000). Přínosné by bylo, rozlišit příčiny a motivy sebevraždy. Tam, kde se rozevírá oblast příčin, tam se zužuje oblast motivace (ve smyslu svobodné volby) a naopak. Příkladem je suicidium, které je spácháno v akutní fázi schizofrenie, kde se motivy ztrácí na úkor příčin, a na druhé straně suicidium bilanční, které je vykonáno po racionální úvaze a na důležitosti zde získávají motivy před příčinami (Viewegh, 1996).

Možných příčin je obrovské množství. Významné je rezignovat na jejich hierarchizaci. V podstatě jde totiž o všechny bionegativní vlivy, o celý život s jeho fyzickými, psychosomatickými, sociálními těžkostmi a zátěžovými situacemi, jimiž člověk postupně prochází, aniž by musel spáchat sebevraždu. Přesto existují případy, kdy lze provokujícího činitele považovat za příčinu suicidia. Jde především o patologické formy suicidia, kde namísto složitě prožitkově strukturované motivace vystupuje nějaký patologický proces jako například psychóza (Viewegh, 1996).

Zvolení si cesty suicidálního jednání, může zvyšovat kterákoliv subjektivně vyšší zátěž, která většinou souvisí s frustrací potřeb psychosociálního charakteru. Tyto potřeby vyjadřují například potřeby seberealizace a akceptace, potřebu citového vztahu a otevřené budoucnosti. Na sebevraždu můžeme také nazírat jako na obranu vlastní identity před jejím úpadkem, pokud člověk nevidí jiné přijatelné východisko. Stres či trauma tak může zvítězit nad pudovou složkou osobnosti. Suicidium může člověku paradoxně přinést subjektivní pocit uchování pozitivního sebehodnocení a sebeúcty. Příkladem je člověk, který přišel o určitou sociální pozici a neumí se s tím smířit. Suicidium, které pak není jen impulzivní reakcí a je alespoň trochu promyšlené, ukazuje postoj k sobě samému i ke svému životu, který začal ztrácet smysl, a hodnoty s ním spojené nestojí za zachování (Vágnerová, 2008).

#### 1.4.4 Shneidmanovy charakteristiky suicidií

Americký suicidolog E. Shneidman našel deset společných charakteristik sebevražd, které mohou být dle jeho názoru nejefektivnější prevencí suicidií. Shneidmanovy charakteristiky sebevražd jsou následující (Havránková, 2007):

- Nezvladatelná psychická bolest – život člověka je atakován bolestí, a tak se před ní snaží hledat únik.
- Neuspokojené psychické potřeby – člověk s vyšším rizikem suicidia nenachází uspokojení základních potřeb jako potřeby bezpečí, důvěry, úspěchu a přátelství. V případě, že jsou tyto potřeby vyslyšeny a naplněny, k suicidiu nedochází.
- Snaha oprostit se – suicidium nebývá nikdy náhodné, pokaždé má určitý svůj smysl. Bývá pro člověka způsobem, jak si ulehčit od problémů a utéci nesnesitelné situaci a velké bolesti.
- Touha zbavit se vědomí – cílem suicidia je zničení vlastního vědomí, a tím i uvědomování si suicidantova bolestného bytí.
- Bezmoc a sklíčenost – opravdovou příčinou suicidia nebývají ani tak pocity studu, viny a neúspěch ve vztazích, ale spíše pocity slabosti a nemohoucnosti. Ty totiž ve spojení s bolestí směřují k závěru, že nic než sebevražda situaci neobráť.
- Zúžený výběr možností – suicidiem ohrožení jedinci nevidí alternativní možnosti řešení svých problémů, ale narážejí pouze na absolutní vyřešení a absolutní ukončení.
- Ambivalence – pro suicidanta znamená ambivalence žít nebo zemřít. Může se stát, že si smrtelně ublíží a přitom naléhavě volá o pomoc a obojí koná zcela vážně.
- Sdělení svého záměru – asi 80 % lidí přemýšlejících o suicidiu, se nějaké osobě svěří, jelikož stále doufají v pomoc a záchranu.
- Únik – suicidanti mají konkrétní a nekompromisní plán, čímž je únik od všeho a provždy.
- Celoživotní modely zvládání – budoucí suicidant mívá sklony k záchvatům rozrušení, uzavřenosti, silnému prožívání psychické bolesti a k postojům „buď, anebo“ čili k řešení „ostrým řezem“.

Ani jedna z těchto deseti charakteristik by neměla být smrtelná sama o sobě, avšak společně tvoří smrtelně nebezpečnou kombinaci (Havránková, 2007).

#### **1.4.5 Vývojová stádia suicidia**

Sebevražedné tendence a chování nemají vždy stejný časový průběh. Nejdříve jsou sebevražedné myšlenky potlačovány, později se vyskytují sebevražedné tendence a úvahy, které končí smířlivým postojem k suicidálnímu jednání a přemýšlením, jak sebevraždu reálně provést. Po proběhnutém posouzení způsobů suicidia, je člověk již klidný a dostává se k vlastnímu činu. Suicidium však může nastat i prostřednictvím zkratkovitého jednání, které tento vývoj neobsahuje nebo ho alespoň nenaplnuje v celé šíři (Zemek, 2003). Vývoj suicidálního jednání můžeme rozčlenit na tyto fáze (Vágnerová, 2008):

- Fáze počátečních úvah o suicidiu – suicidální tendence jsou vyjadřovány zatím jen symbolicky. Člověk je v těžké situaci a snaží se nalézt řešení, přičemž sebevražda vypadá jako jedna z alternativ. Převážná většina lidí o suicidiu v této fázi mluví, ale vše je podáváno v rovině úvah a představ. Postoj, který je charakteristický pro tuto fázi, můžeme označit jako: „Snad bych to mohl udělat.“
- Fáze konkretizace způsobu suicidia – jedinec přijímá sebevraždu jako jednoznačné řešení své tísně a zvažuje způsoby realizace. Hodnotí dostupnost prostředků k sebevraždě a různé jejich výhody a nevýhody. Myšlenku, vyjadřující tuto fázi, bychom mohli shrnout do otázky: „Jak bych to asi mohl udělat?“
- Fáze realizace suicidálního úmyslu – zde patří uskutečnění činu, a s tím související konkrétní činnosti, které ukončují vlastní život. Tato fáze by mohla být označena heslem: „Udělám to!“. Samotné rozhodnutí spáchat suicidium člověku většinou poskytuje určitou úlevu a vyrovnání. Tento člověk cítí, že jeho problém bude brzy vyřešen. Navenek se proto může zdát, že se ze své nesnesitelné situace konečně dostává.

## **1.5 Druhy suicidia**

### **1.5.1 Dokonané a nedokonané suicidium**

O dokonaném a nedokonaném suicidiu můžeme uvažovat jako o relativně samostatných formách suicidálního jednání. Je to zejména proto, že obě tyto skupiny jsou různě veliké. Patrné rozdíly jsou mezi nimi také v pohlaví a věku. Zajímavé je také, že tendence přejít k dokonaným suicidiím ze skupiny nedokonaných suicidií, je poměrně malá (stále je však vyšší než u nesuicidální populace). Nedokonané suicidium má v životě jedince důležitou roli a proměňuje jeho životní situaci (nejvíce ve vztazích k sociálnímu okolí). Naproti tomu po dokonaném suicidiu život nezvratně končí. Důvodem relativně nízkého přesmyku z nedokonaných suicidií do dokonaných suicidií je to, že suicidální pokus je více obrácen do lidského prostředí a pokouší se dosáhnout nápravy své tíživé situace. Snaží vyvolat ve svém okolí záchranné a pomocné aktivity. Nedokonané suicidium je nutné oddělit od předstíraného sebevražedného jednání. Pokud by osoba v tomto případě opravdu zemřela, jednalo by se spíše o sebezabití, nikoli o smrt následkem suicidia (Viewegh, 1996).

Poměr dokonaných a nedokonaných suicidií je 1:10. Se zvyšujícím se věkem ubývá nedokonaných suicidií a narůstá počet dokonaných. Ženy se o sebevraždu pokoušejí 3 krát častěji než populace mužů, avšak muži 4 krát častěji způsobí suicidium dokonané (Fischer, & Škoda, 2009). Nedokonaná suicidia početně dominují u mužů i žen v první polovině života. Prostředky užívané k suicidiu bývají u nedokonaného suicidia mírnější než tvrdé způsoby použité u suicidií dokonaných. Motivy nedokonaných suicidií většinou vycházejí z oblasti interpersonálních konfliktů (hlavně z erotické a rodinné sféry), u dokonaných suicidií se přidávají ještě motivy ohrožení existence jedince (nevyléčitelná nemoc). Nedokonané suicidium bývá výsledkem spontánních úvah, pro dokonané suicidium je určující často dlouhodobá příprava a suicidální plán (Viewegh, 1996).

### **1.5.2 Parasuicidium**

Při demonstrativním suicidiu neboli parasuicidiu není suicidantův úmysl zemřít příliš silný. Není zde žádná příprava a celý proces funguje čistě impulzivně. Suicidální konání také bývá méně závažné. Smyslem parasuicidia je vymanit se z neřešitelné, zatěžující situace. Obsahem tohoto činu je volání o pomoc, upoutání

zájmu a získání spolupráce z okolí. Lékaři parasuicidium hojně označují za manipulativní až hysterické. Těmito nálepkami ale mohou snadno podcenit problémy stojící v pozadí činu. Volba prostředků k suicidiu může vždy dramaticky proměnit situaci, kdy sice neexistuje pevný úmysl umřít, ale například osoba, se kterou bylo k záchraně podvědomě počítáno, se nedostaví (Klimpl, 1998).

## **1.6 Prevence suicidia**

Prevenci suicidia rozlišujeme na primární, sekundární a terciární prevenci. Primární prevence jsou pedagogické a sociálně-psychologické vlivy, které vytváříme ještě dříve, než se objeví jakýkoli suicidální náznak. Sekundární prevence je pomoc a léčba po suicidálním pokusu. Terciární prevence zase znamená předcházení opakování sebevražedného pokusu (Rahn, & Mahnkopf, 2000). U dětí a dospívajících je primární prevence zacílená jak na samotné dítě, tak na rodiče, sourozence, vrstevníky a na instituce, které ovlivňují duševní zdraví dětí (Koutek, & Kocourková, 2007).

### **1.6.1 Primární prevence**

V této oblasti nesou největší odpovědnost školy, poradny, linky důvěry a služby krizové intervence. Modely primární prevence se ale v těchto složkách mohou lišit svou specifičností a svou profesionalitou. Z pracovníků linek důvěry tvoří například velká část odborně vyškolení studenti pomáhajících profesí, naproti tomu ve školách se tímto tématem zabývá školní psycholog nebo metodik prevence, který je zároveň učitelem ve škole (Rahn, & Mahnkopf, 2000).

Současně využívaný model primární prevence poukazuje na tři oblasti (Koutek, & Kocourková, 2007):

- Univerzální preventivní intervence – je cílená na celou populaci bez nějakých rozdílů. Příkladem jsou preventivní programy pro žáky, které jsou zaměřeny na způsoby řešení zátěžových situací.
- Selektivní preventivní intervence – je určena pro ty, u nichž je vnímán předpoklad k projevům suicidálního chování. Příkladem jsou lidé závislí na návykových látkách nebo blízcí člověka, který spáchal sebevraždu.
- Indikovaná preventivní intervence – působí směrem k rizikovým jedincům, u kterých již byly diagnostikovány znaky nebo symptomy, které ale dosud

neobsáhly znaky pro plnou klasifikaci poruchy. Příkladem je člověk s výskytem depresivních symptomů, sníženým sebehodnocením, pocity beznaděje, nacházející se v tíživé životní situaci.

### **1.6.2 Sekundární prevence**

Prvním kontaktem pro pacienty po suicidálním pokusu bývá většinou všeobecná nemocnice. Bohužel však těmto zařízením ve většině případů chybí potřebná profesionalita. Pacienti se zde mohou setkat s otevřeným nebo skrytým odmítáním, nedostatečným poskytnutím informací o možné terapii a poradenství a bývají propouštěni bez domluvené následné péče. Další preventivní aktivity v této oblasti spadají pod služby krizové intervence, krizových oddělení a center (Rahn, & Mahnkopf, 2000).

### **1.6.3 Terciární prevence**

Nejvýznamnějším úkolem terciární prevence je probuzení motivace postiženého k podstoupení léčby. Samotná odborná péče by se potom měla přiměřeně zabývat jeho problémy a umožnit náhled a pomoci v řešení psychické krize. Tyto služby může nabídnout jak poradna, tak psychoterapeutická péče či párová terapie. Dostatečnou následnou péči pak zastávají krátkodobé terapie nebo konzultace (Rahn, & Mahnkopf, 2000).

## **1.7 Krizová intervence u suicidální problematiky**

Krizovou intervenci u suicidální problematiky praktikujeme v situacích přímého ohrožení suicidálním pokusem. V této fázi jsou totiž klienti nejvíce otevření svým problémům, což se postupem času redukuje. Dále s tímto typem krizové intervence pracujeme po dokonaném suicidiu, kde má intervence podobu pomoci pozůstalým. Nejběžněji se suicidální krizová intervence odehrává ve formě telefonické krizové intervence. Další možností může být intervence „tvář v tvář“, případně se realizuje výjezd za klientem (Špatenková, 2004).

Klíčovou snahou krizové intervence u sebevraždného chování je úsilí o zvrácení presuicidálního syndromu (zamezit smyslovému a myšlenkovému zužování, autoagresi a suicidálním fantaziím) a nalezení centrálního citového „zranění“. Je důležité odlišovat mezi vědomými a nevědomými spouštěči sebevraždného chování. Krizovou intervenci je dobré poskytnout

před suicidálním pokusem, případně ihned po suicidantově procitnutí po sebevražedném pokusu (Kastová, 2000).

### **1.7.1 Hlavní zásady krizové intervence u suicidální problematiky**

Mezi nejdůležitější zásady krizové intervence patří (Fischer, & Škoda, 2009):

- Navázání kontaktu a jeho rozvíjení.
- Snaha o udržení komunikace.
- Poskytovat chybějící prvky sociální opory.
- Dávat klientovi najevo svou empatii, což ale nemá nic společného se souhlasem s jeho konáním.
- Pochopení suicidálního jednání jako zoufalého volání o pomoc.
- Společně s klientem hledat alternativní způsoby řešení.
- Nacházet alternativy pro budoucí řešení krizí.
- Zajištění následné péče v případě hrozby opakování suicidálního jednání nebo při zjištění duševní poruchy.

### **1.7.2 Průběh krizové intervence**

Průběh krizové intervence můžeme popsat těmito jednotlivými body (Špatenková, 2004):

- Navázání kontaktu s klientem.
- Zachování klidu – není vhodné projevovat překvapení či zděšení.
- Krátce posoudit situaci – nebát se přímo zeptat, jestli má klient suicidální úmysly. Příkladem jsou otázky: „Chcete nyní spáchat sebevraždu?“, „Připadá mi, že uvažujete o sebevraždě. Je to tak?“, „Kdy jste naposled přemýšlel o sebevraždě?“ Pokud se klient přizná k sebevražedným tendencím, měli bychom ho povzbudit k tomu, ať nám o svých pocitech řekne více.
- Zhodnocení nebezpečí – zjišťovat, jestli má poblíž zbraň, jaké případně požil léky a kde se teď nachází.
- Včasné snižování ohrožení – odradit klienta od další konzumace léků, přesvědčit ho o odložení zbraně, nebo spláchnutí prášků do záchodu.



- Zdržet se hloubkového analyzování příčin – nedotazovat se otázkou: „Proč?“ Raději se soustředit na to, co bylo poslední kapkou, která klienta k suicidiu přivedla.
- Vyjádření upřímného zájmu o klienta.
- Nalezení záchytného bodu – zaměřit se na zúžení hodnot a hledat, zda nezůstala nějaká hodnota nebo cokoli, co je pro klienta pořád důležité.
- Identifikování motivace – označit, čeho chce suicidiem klient dosáhnout a jestli opravdu chce zemřít.
- Nabízení alternativ – hovořit o tom, že sebevražda je pouze jedno z možných řešení.
- Předkládání plánu – nabídnout spektrum řešení jeho situace, a pak vyhodnotit jiné řešení než sebevraždu.
- Nabízení pomoci – klást důraz na možnost dalšího kontaktu prostřednictvím linky důvěry, návštěvy psychologa, krizového centra či psychiatra. Sdílet jména, přesné adresy, telefony a popsat cestu k těmto pomocným složkám systému péče.
- Nesnažit se o přemlouvání klienta – nechat na klientovi volbu mezi životem a smrtí, ale zároveň mu dát jasně najevo, že jsme na straně života.
- Uzavřít s klientem antisuicidální kontrakt do příštího zavolání či setkání.
- Velmi zásadní je neobviňovat, neodsuzovat, nebagatelizovat a nedostat se do sporu s klientem.

### **1.7.3 Telefonická krizová intervence**

V začátcích linek důvěry byla jejich primárním úkolem právě suicidální problematika. Výhodou krizové intervence po telefonu je neomezená a relativně dobře dosažitelná pomoc, překonání mezilidských, geografických bariér a anonymita volajícího. Tato pomoc je také přístupná suicidentům, kteří již pokus započali a nemohou již osobně vyhledat pomoc kvůli zdravotním obtížím (Špatenková, 2004). Telefonující nemá jen sebedestruktivní sklony, zároveň chová i nepatrnou naději, že se mu dostane pomoci, jinak by totiž nezavolał. Hlavními pravidly telefonické krizové intervence jsou udržet kontakt s volajícím a získat čas. Klient totiž může tímto způsobem překonat kritický moment, který ho dovádí k suicidiu. Při získání času je také pravděpodobné, že se volající rozhovoří

o svých problémech a my zjistíme, jaké je aktuální „zranění“, které bylo spouštěčem suicidální krize (Kastová, 2000).

#### **1.7.4 Antisucidální kontrakt**

Antisucidální kontrakt je smlouvou o přežití pacienta. Realizujeme ho k získání prostoru a času, kdy je pro pacienta reálné zajistit adekvátní pomoc. Rozhodně se však nejedná o náhradu psychoterapie, silný závazek, slib ani záruku. Jde o oživení a aktivování stávajících duševních sil jednice a důraz na jeho racionalitu. Podporuje vědomí vlastního já a odpovědnost za sebe sama. Antisucidální kontrakt je určen pro všechny osoby ohrožené suicidálním jednáním, které chtějí použít vlastní rozum. Není určen pro ty, kteří nehodlají jednat rozumně jako například osoby pod vlivem drog a alkoholu, psychotické pacienty, mentálně postižené a rebelující osoby (Špatenková, 2004).

### **1.8 Terapie u suicidální problematiky**

Hlavním doporučením při prvním kontaktu s člověkem, který spáchal nedokonané suicidium, je zajištění trvalého dohledu nad ním, eventuálně i zařízení hospitalizace. Tato podmínka by měla být oznámena pacientovi i jeho příbuzným. Poté se snažíme rozlišit, zda jsou důvody k sebevraždě psychického původu či jde o psychotický stav. V případě psychického původu poskytneme pacientovi krátkou psychoterapeutickou intervenci, jejichž cílem by mělo být rozpoznání psychotraumatu, kterým právě prošel, náhled na souvislosti s aktuálním psychickým stavem a hledání východisek. Důraz je přikládán též na empatii a pomoc pacientovi ze strany okolí. Jestliže se jedná o psychotický stav, nebo psychoterapeutická intervence nemá účinek, přecházíme k farmakoterapii (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006).

#### **1.8.1 Pomoc při suicidálních myšlenkách a tendencích**

Suicidální myšlenky a tendence jsou indikátorem toho, že se člověk zaobírá myšlenkami na sebevraždu. Tyto myšlenky a tendence mohou být skrývané i otevřené například ve formě výhrůžek či různých výroků. Je pravdou, že ten kdo o svých suicidálních myšlenkách mluví, tak o nich i uvažuje a přemýšlí. Proto bychom tuto situaci neměli podceňovat. Lékař, který vyšetřuje člověka se suicidálními myšlenkami a tendencemi by si měl klást otázky typu: „Jsou suicidální

myšlenky míněny zcela vážně?“, „Jaký motiv má pacient k suicidálním myšlenkám a tendencím?“, „Netrpí pacient nějakou psychiatrickou poruchou?“, „Zvládne pacient svůj stav bez hospitalizace, aniž by došlo k suicidálnímu jednání?“ Pro zodpovězení těchto otázek, je většinou nutné podstoupit psychiatrické vyšetření. Jestliže jeho výsledkem je vysoká nebezpečnost suicidálního rizika, musí být pacient hospitalizován. Když pacient s hospitalizací nesouhlasí, nebo byla diagnostikována hluboká deprese či jiné psychické onemocnění, je nevyhnutelné přistoupit na hospitalizaci v psychiatrické léčebně i přes pacientův odpor. Pokud pacient netrpí psychiatrickým onemocněním a není stanoveno ani akutní suicidální riziko, může využít služeb krizových center. Je možná i ambulantní psychiatrická léčba. Při předepisování léků je velmi důležité zvážit toxicitu léku (stupeň nebezpečnosti vyvolání otravy). Pokud poskytujeme pomoc někomu, kdo má sebevražedné myšlenky a tendence, musíme počítat a následně pracovat s jeho odporem. U nezletilých je nutné zapojit do léčby či terapie rodiče, a to i přes nesouhlas samotného pacienta (Koutek, & Kocourková, 2007).

### **1.8.2 Terapie po nedokonaném suicidiu**

Nedokonaný suicidální pokus by měl být důvodem pro psychoterapeutickou péči. Ta by se měla zaměřit především na (Špatenková, 2004):

- Léčbu příznaků, případně na základní psychickou poruchu (deprese), pokud je přítomna.
- Suicidální úvahy, zejména na nedokonaný sebevražedný pokus. To zahrnuje anamnézu suicidálních tendencí, rodinnou anamnézu (pacient může mít pocit, že tímto jeho činem začal v rodině hrát nějakou roli) a výzkum klíčových výročí (smrt by podle pacienta mohla vést k setkání s jeho blízkou osobou, která zemřela ve stejném datu, jako se udál sebevražedný pokus).
- Zkoumání motivů suicidia a jejich využití v terapii.
- Význam smrti, význam suicidia a jejich možných důsledků pro pacienta.
- Práci s klientovým nutkáním stavět se k problémům impulzivně a radikálně.
- Objasnění ztrát v klientově životě.
- Odstranění či minimalizaci prostředků použitelných k suicidiu.
- Poskytnutí absentující sociální opory.
- Vyhýbání se preskripci léků do zásoby.

- Předběžné oznámení své nepřítomnosti a povzbuzení klienta k pokračování terapie se svým zástupcem.
- Pochopení významu suicidálního pokusu pro klienta a hledání vhodné alternativy.

Významná je práce s celou rodinou, protože suicidální jednání jejího člena zvyšuje napětí v rodině. Především rodiče mohou oscilovat mezi pocity viny a hněvu. To se projevuje zejména u nedokonaných suicidií dětí. Rodiče se po této události dítě snaží omezovat a hlídat, což vede ke konfliktům a narůstá nebezpečí opakování sebevražedného pokusu. U těch, kteří přežili suicidální pokus, je vhodné ambulantní psychiatrické sledování, neboť riziko opakování je zde zvýšené (Koutek, 2000).

Pomáhající by se měl připravit na počátku terapie na ambivalentní postoj sebevraha a možné útoky na vlastní osobu ze strany pacienta. Terapeutický vztah prochází na počátku zkouškou, ale na toto období navazuje zpravidla důvěryhodná spolupráce. Cílem terapie by mělo být zprostředkovat pozitivní vztah k životu, aniž by byl narušen náhled na motivy suicidálního jednání. Terapie by neměla končit radostí nad přežitím pokusu o sebevraždu, ale měla by nabídnout prostor pro hledání nového a pevného smyslu života. Se sebevražedným pokusem by mělo být v terapii zacházeno tak, aby byl využit pro obecnou životní bilanci (Rahn, & Mahnkopf, 2000).

V terapii suicidálních pacientů je třeba se věnovat nevědomým motivům suicidia a počítat se specifickým přenosem. Ten může mít podobu provokací, které mohou mít mnoho podob a mají charakter testu ověřujícího stabilitu terapeuta. Je dobré, pokusit se vyhnout jednostrannému zpracovávání agresivních problémů suicidálního klienta, abychom místo odreagování potlačených agresivních impulzů, nevyvolali pocity viny. Tím bychom totiž minuli hlavní problém. Dále u většiny pacientů je nezbytné hovořit zcela otevřeně o sebevražedných motivech, aby se svými zraňujícími myšlenkami nezůstávali sami (Rahn, & Mahnkopf, 2000).

Terapie by se měla řídit následujícími pravidly (Rahn, & Mahnkopf, 2000):

- Terapie akutní suicidální krize se odehrává během pěti až deseti sezení, ve kterých je zpracován konkrétní suicidální konflikt.

- Terapeut by měl být při terapii se suicidálními pacienty oproštěn od vnějšího i vnitřního tlaku.
- Sebevražedné myšlenky musí být vysloveny nahlas, bez zábran a otevřeně.
- Naslouchat je důležitější než se vyptávat. Potíže pacienta přednostně vyslechneme, snažíme se jim porozumět a respektovat je, aby se pacient nestavěl do obranných pozic. Až když se pacient cítí být respektován a přijímán, může hledat i jiné způsoby řešení.
- Emoce, vztek, zlost musí být vyjádřeny, protože ukazují na hlubší motivy jednání.
- S nejbližšími příbuznými je zpracován detailní časový plán terapie. Pokud sebevražedné tendence přetrvávají, terapeut před pacientem otevřeně vyjadřuje své obavy. Měl by se s pacientem domluvit tak, že pacient dostane lhůtu, ve které se nezabije, ale pokusí se pod jeho terapeutickým vlivem něco ve svém životě změnit.
- Terapeut zapojí do terapie partnery, kteří jsou s pacientem v konfliktu nebo kterých se suicidální jednání týká. Příbuzní by se měli naučit mluvit o sebevraždě otevřeně.
- Podpora terapie pomocí medikamentů může být užitečná.
- Pokud se pacient nedostaví na dohodnuté sezení, musí se po něm začít ihned aktivně pátrat.
- Pacient musí být povzbuzován, aby přemýšlel o své budoucnosti. Terapeut s pacientem hovoří, jak tuto perspektivu budoucnosti uskutečnit.

### **1.8.3 Farmakoterapie po nedokonaném suicidiu**

U suicidálních pokusů se k léčbě používají dlouhodobě či krátkodobě působící benzodiazepiny. Mezi benzodiazepiny s dlouhým účinkem patří diazepam, klonazepam (Rivotril) a klorazepát (Tranxilium). K benzodiazepinům s krátkým účinkem náleží midazolam (Dormicum). Při psychotických stavech či závažnější situaci volíme spíše antipsychotika. Jediný prokázaný a přímý antisuicidální efekt má však pouze lithium, které se užívá jako stabilizátor nálady. Lithium se indikuje zejména u bipolární poruchy. U depresivní poruchy se používají více antidepresiva. Zde je totiž jejich účinnost ve srovnání s lithiem větší (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). Lithium má však nepříjemné vedlejší

účinky jako třes, neustálou žízeň, časté močení, přibírání na váze, letargii (netečnost), poruchy svalové koordinace, zmatek v myšlenkách a krátkodobé výpadky paměti (Ezzell, 2004).

Prevenčí suicidálního chování může být také podávání inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Tato farmaka totiž snižují agresivní chování a iritabilitu (Praško et al., 2003).

#### **1.8.4 Hospitalizace**

Hospitalizaci se pacienti často brání, protože pro ně představuje hrozbu. Je důležité velmi důkladně zvážit, jestli postačí ambulantní léčba, nebo bude nutná hospitalizace. V případě, že je pacient hluboce depresivní, má suicidální plán, své záchraně se bránil, je psychotický, trpí somatickou chorobou ovlivňující jeho psychický stav, je hospitalizace jedinou volbou. Méně závažné případy je někdy vhodné doporučit na krátkodobý pobyt v krizovém centru. Tento postup by měl postačit při krátkodobé životní krizi a měl by ulehčit diagnózu eventuální duševní poruchy a možné přeložení do psychiatrické péče (Fischer, & Škoda, 2009).

## **2. DEPRESE**

### **2.1 Definice deprese a souvisejících pojmů**

Slovo deprese pochází z latiny. Můžeme v něm rozpoznat pojmy jako deprimio, depressus, což znamená stlačit. Sama deprese také znamená určité snížení, pokles, sklíčenost či stagnaci (Křivohlavý, 2003). Deprese je vážné psychické onemocnění mozku týkající se až 10 % obyvatelstva (Bouček, 2006).

Obyčejně se za depresi pokládá smutná či rozmrzelá nálada, někdy s příměsí úzkosti či dokonce stav „bez nálady“. Ačkoli jsou toto jedny z předních znaků deprese, nemusí být klíčové, protože deprese není synonymem například pro přiměřený smutek nad ztrátou. Občas nemusí být smutná nálada jako nejobecnější příznak ani tolik patrná. Deprese totiž neznamena jen změnu nálady, ale komplexní proces zasahující do základních biologických pochodů v člověku. Může jím být zásah do imunity, cirkadiálních rytmů, vegetativního systému, až po psychické funkce a mezilidské vztahy (Kurzová, Honzák, & Krombholz, 2003). Mezi smutkem přirozeným a smutkem provázejícím depresi je pozvolný přechod. Smutek je v podstatě normální reakce na nepříznivou událost, ztrátu,

zhasnutí naděje, křivdu či nevděk (Vondráček, & Holub, c1993). Deprese může přicházet a navazovat na smutek způsobený ztrátou. V tomto případě člověka ochromí a oslabí jeho fungování. Naproti tomu přirozený smutek ze ztráty zpravidla nezpůsobí neschopnost chodit do práce a fungovat v rodině. Tento smutek je více o tom druhém, koho či co jsme ztratili, ale deprese je více o nás a o tom, že se neumíme s touto ztrátou vyrovnat (Praško, Prašková, & Prašková, 2003).

Depresivní epizoda je chorobný stav, který se navenek projevuje depresivními rysy a trvá nejméně dva týdny. Depresi můžeme rozdělit na mírnou, středně těžkou nebo těžkou podle intenzity a množství příznaků. Somatický syndrom u deprese může být, ale také nemusí být přítomen. Těžkou depresi lze dále dělit podle přítomnosti psychotických příznaků, které náladě mohou a nemusí odpovídat (Smolík, 1996).

Od deprese je dobré odlišit depresivní příznaky neboli symptomy a depresivní reakce. Depresivní symptomy nemusejí souviset s depresí, ale mohou být průvodním jevem například nějakého vážného onemocnění. Depresivní reakce je zase odpověď prostřednictvím depresivním příznaků na těžký životní zážitek jako třeba smrt blízké osoby (Křivohlavý, 2003).

## **2.2 Kdo je ohrožen zvýšeným rizikem deprese?**

### **2.2.1 Diagnostika deprese**

Depresi prodělá v životě alespoň jedenkrát 17 % populace. Nejčastěji k výskytu deprese dochází v dospělosti a počátek onemocnění nastává obvykle mezi 20. a 35. rokem. U žen se objevuje deprese zhruba dvojnásobně častěji než u mužů. Těžká deprese postihuje asi 1 % populace. Odhady napovídají, že přibližně 50 % depresivních nemocných se nedostaví k lékaři, nebo jsou chybně diagnostikováni. Z depresí, které jsou rozpoznány, je léčena správně jen část, což vede ke zvýšenému riziku suicidia, nebo k chronickému průběhu deprese (Fišar, 2009).

Pro depresivní epizodu má MKN-10 tato obecná diagnostická kritéria (Smolík, 1996):

- Depresivní epizoda trvá nejméně dva týdny.

- V průběhu života jedince se zatím nevyskytly příznaky, které by odkazovaly k naplnění kritérií pro hypomanickou nebo manickou epizodu (F30).
- Epizoda není zapříčiněna užíváním psychoaktivních látek (F10-F19) nebo organickou duševní poruchou (F00-F09).

Klinicky zvláště významné příznaky deprese jsou nazývány somatické, biologické či vitální. Klíčové je tedy určení přítomnosti, nebo nepřítomnosti somatického syndromu, přičemž by měly být nalezeny čtyři z následujících příznaků (Smolík, 1996):

- Ztráta zájmu a radosti z aktivit, které jsou obvykle považovány za příjemné.
- Nedostatek emočních reakcí na podněty, které obvykle vyvolávají emoční reakce.
- Ranní probouzení dvě nebo více hodin před obvyklou dobou.
- Deprese je těžší ráno.
- Nepřehlednutelná ztráta chuti k jídlu.
- Úbytek hmotnosti o 5 % a více za poslední měsíc.
- Jasný důkaz zřetelné psychomotorické retardace nebo agitovanosti.
- Výrazná ztráta libida.

Podle MKN10 naplňuje stav pacienta závažnou depresi (středně těžká až těžká deprese) při určení minimálně 6 výše popsanych příznaků, včetně 3 obecných diagnostických kritérií. V klinické praxi je však závažnost deprese hodnocena spíše podle intenzity příznaků, nutnosti hospitalizace, přítomnosti somatického syndromu a tendencí k sebevražednému jednání. U převážné většiny hospitalizovaných pacientů s depresí se právě závažná deprese objevuje. U ambulantně léčených je závažná deprese přítomna asi u jedné třetiny léčených. Většina těchto závažných depresí jsou farmakorezistentní, což znamená neúspěšnost adekvátní léčby antidepresivy u předchozích dvou, eventuelně jedné léčebné kúry (Češková, 2009).

### **2.2.2 Příznaky deprese**

Při depresi jsou zasaženy čtyři základní okruhy jako forie (náladu), hedonie (schopnost radovat se nebo se na něco těšit), dynamogenie (psychomotorické tempo) a poškozeny jsou i další řídicí a řízené systémy. Na rozdíl od skleslé



nálady jako srozumitelné reakce na ztrátu je depresivní nálada chorobná. Reakce může být nepřiměřeně intenzivní a dlouhá, nebo nemá žádný vyvolávající podnět. Schopnost radovat se je velmi utlumena. Psychomotorické tempo je většinou snižené, ale malé procento může pociťovat zrychlení až agitovanost. Toto zrychlení je však stejně neefektivní jako útlum, který pochází z deprese. Pacient si je svého zpomalení vědom, což ovlivňuje jeho sebevědomí. Poškození dalších řídicích i řízených systémů je někdy hlavní stížností a nejvíce viditelným příznakem. Často je to důvod vyhledání lékaře-nepsychiatra. V této oblasti je výrazná porucha cirkadiálního rytmu, kdy je narušen spánkový cyklus. Nastává oslabení imunity, což řetězí další onemocnění (Kurzová, Honzák, & Krombholz, 2003).

Základními příznaky depresivní poruchy jsou (Fišar, 2009, s. 251):

- Depresivní nálada (po většinu dne, neovlivněna okolnostmi).
- Ztráta zájmů a radosti.
- Snižovaná energie a aktivita, zvýšená únavnost.

Dalšími příznaky deprese jsou (Fišar, 2009, s. 251):

- Ztráta sebedůvěry a sebeúcty, sebepodceňování.
- Pocity provinění a sebeobviňování.
- Suicidální úvahy a chování.
- Neschopnost rozhodování a soustředění, zpomalené myšlení.
- Psychomotorická retardace nebo agitovanost.
- Poruchy spánku (insomnie nebo hypersomnie).
- Snižovaná i zvýšená chuť k jídlu (s odpovídající změnou tělesné hmotnosti).

Významným symptomem deprese je negativní automatické myšlení. To je výrazem černobílého hodnocení, zaměření na negativní dění, selektivního přeceňování svých chyb, neodpovídající generalizace nepříznivých závěrů a katastrofického vidění světa. Člověk trpící depresí si lépe pamatuje informace souznící s jeho negativním postojem. Velmi pesimisticky hodnotí sám sebe bez ohledu na realitu. Všechno je z jeho pohledu špatné. Sice si někdy připouští, že přijatelný svět existuje, ale není určen pro něj. On je dle svého hodnocení ten špatný a neschopný, který si nic dobrého nezaslouží. Také všechny vzpomínky a zkušenosti z minulosti jsou nyní hodnoceny negativně a stará traumata nabývají dominantních rozměrů. Vztah k budoucnosti je všeobecně

negativní a bez jakékoliv naděje. Nemocný mnohdy ani na opravdové ztráty a problémy moc nereaguje, jelikož to, co přichází z vnějšího světa, jej příliš neovlivňuje (Vágnerová, 2008).

Depresivní poruchy u mužů z hlediska symptomů mohou být odlišné od symptomů u žen. U mužů vystupuje více agresivita, antisociální chování, zneužívání alkoholu, iritabilita, zvýšená impulzivita a snížená tolerance stresu. Ženy se naopak prezentují u depresivní poruchy atypickými symptomy a komorbiditou. Udávají častěji než muži příznaky tělesné choroby a více využívají zdravotnických služeb (Češková, 2010). Situace však bude nejspíš složitější, protože další studie uvedla, že ve vyšším věku jsou rozdíly v projevu deprese u žen a mužů setřeny. Rozdíly mezi rizikovými faktory u mužů a žen jsou malé, ale vystavení se těmto faktorům bylo vyšší u žen. Autoři této studie tak přičítají větší výskyt deprese u žen v pozdním věku právě tomuto většímu vystavení se rizikovým faktorům (Sonnenberg, Beekman, Deeg, & van Tilburg, 2000).

### **2.2.3 Rizikové faktory deprese**

Faktory, které přímo ovlivňují vznik deprese, nejsou zcela jasně známe, ale předpokládá se, že se jich může kombinovat několik. Jsou jimi vrozené dispozice (hlavní zde bude nejspíš slabost serotoninového neurotransmitterového systému), traumatizace v dětství, stresové působení, labilita osy hypofýza-hypotalamus-nadledviny a další. Rizikovým obdobím je též roční doba okolo rovnodennosti, kdy nejistota, zda bude den dlouhý či krátký, může rozhodit nastavené cirkadiální rytmy. Období jarní a podzimní rovnodennosti je tak spojeno s obecným tvrzením, že deprese se častěji objevuje na jaře a na podzim (Kurzová, Honzák, & Krombholz, 2003).

Před vypuknutím deprese se u některých lidí mohou vyskytovat určité nápadnosti v reagování čili určité osobnostní rysy. Obecně mohou sice deprese a ostatní afektivní poruchy vzniknout u kteréhokoliv typu osobnosti, častěji se však objevují u premorbidních osobností určité znaky. Jsou jimi introvertní rysy, pohotovost reagovat úzkostí, adaptační potíže a menší flexibilita. Typická je reakce negativními emocemi, nepříznivým očekáváním, pocitem vlastní bezmoci a nejistoty. Obecně lze tyto znaky považovat za významně ovlivňující reakce na zátěž. Můžeme na ně pohlížet jako na určité nepříznivé predispozice,

které nemusí být specifické. Vyvolávací podnět deprese pak může být různý. Většinou se jedná o konkrétní zátěž nebo ztrátu, která je považována za příčinu, ačkoli je pouze spouštěčem. Zátěž však může vyvolávat i manické projevy, což okolí těžko chápe (Vágnerová, 2008).

Z hlediska nebezpečí vzniku deprese, existují určité způsoby myšlení, které mohou za nějaký čas člověka k depresi dovést. Jsou jimi tyto myšlenkové stereotypy (Křivohlavý, 2003):

- Černobílé myšlení – člověku se jeví události buď jen dobré, nebo jen špatné. Neexistuje nic mezi tím. Dokonce i lidé jsou podle nich celí špatní či na 100 % správní. Tento způsob myšlení je zvláště ohrožující, pokud se člověk dívá sám na sebe jako na toho nejhoršího a vše kolem je pro něj beznadějné. Ještě horší může být situace, kdy nejenže sebe vnímá jako nejhoršího, ale ostatní považuje oproti sobě za pravý opak, tedy za dokonalé. Život druhých se pak jeví jako ráj, kdežto život člověka takto smýšlejícího je peklem.
- Příliš rychlé zobecňování – to se projevuje v situaci zážitku zklamání, např. zklamání z partnerského rozchodu. Člověk si pak pro sebe vyvodí závěr, že mu žádný vztah nemůže vyjít. Pro depresi je pak příznačné zevšeobecněné negativní uvažování o sobě, o svém životě a svých schopnostech. Typické výroky jsou zde: „Nic si nezasloužím.“, „Nikomu se nelíbím.“ či „Nemám na to, něco dokázat“.
- Vymýšlení si – tento způsob myšlení můžeme lidově shrnout jako „vidění čerta na zdi“. Někteří lidé se umí neuvěřitelně trýznit jejich myšlenkami, které v podstatě nemají žádný faktický podklad. Patří zde všelijaké děsivé představy o tom, co by se mohlo stát, katastrofická očekávání, myšlenky, že nás nikdo nemá rád, s podrobnými představami proč a jiné.
- Čtení myšlenek – odkazuje na přesvědčení o vědomosti toho, co si druzí myslí. Zvláště rizikové je, pokud člověk „odečítá“ z myšlenek ostatních negativní věci o sobě samém.
- Prorokování – prorokování ukazuje na předvídaní zlé budoucnosti pro sebe i pro okolí, případně pro celý svět.
- Nepřiměřené sebeobviňování – znamená přílišné přeceňování našeho podílu na nějaké věci, která se nepovedla.

- Katastrofický způsob myšlení – nastává, pokud používáme slova (především maximalistickým stylem) tak, abychom nevědomky formovali naši depresi. Příkladem je prohlášení typu: „Jsem příšerně tlustá.“, nebo „Vypadám strašně“.
- Přehlížení kladů – můžeme vykládat jako vidění světa černými brýlemi. V depresi se často člověk nedokáže odpoutat od svého chorobného vnímání a jeho pozornost se soustředí jen na negativní věci. Pak i v pozitivních věcech nachází jen zápory, například v pochválení krásných šatů, cítí narážku na to, že jsou doopravdy ošklivé. Klady, stejně jako zápory, však patří k celistvému obrazu vidění světa.
- Perfekcionismus – s tímto se dnes setkáváme v rodině, zaměstnání, ve škole či ve společnosti. Představy o bezchybném provedení práce od jednotlivých lidí na sebe však mohou velmi narážet a být dosti rozdílné. Není se pak co divit, že deprese nastává jak u těch, kteří perfektní provedení vyžadují, tak i u těch, kteří mají toto provedení splnit, jelikož na obou stranách jsou rozdílné představy.
- „Musismy a nesmismy“ – tento způsob myšlení se odvíjí od našich vnitřních zákazů (nesmím) a povinností (musím), které si sami dáváme a jimiž se limitujeme. Člověk též může očekávat, že je budou sdílet druzí, kteří však mohou být naprosto jiných názorů. Příkladem může být očekávání na vteřinu přesné dochvilnosti jedním členem rodiny od ostatních.

## 2.3 Charakteristiky deprese

### 2.3.1 Epidemiologie

Obecné rozšíření depresivních poruch u dospělých je expertně odhadováno na 5-9 % u žen a 2-3 % u mužů. V některých studiích se však ukazuje celková prevalence 9-20 %. U žen se pohybují odhady celoživotního rizika vzniku deprese okolo 10-25 % a u mužů na 5-12 % (Smolík, 1996). Je zajímavé, že se však odhaduje, že dvakrát méně mužů než žen navštíví v podstatě se stejnými depresivními obtížemi lékaře nebo psychologa (Křivohlavý, 2003). Rozšíření depresivních poruch neovlivňuje etnický původ, manželství, výše příjmu nebo vzdělání. U adolescentních a dospělých žen je výskyt depresivní poruchy přibližně dvojnásobný než u adolescentních a dospělých mužů. Pokud se zaměříme na věk, kdy je postiženo depresí nejvíce mužů i žen, dostaneme věkové rozmezí 25-44 let. Ve věku nad 65 let existuje podstatně nižší procento depresí

(Smolík, 1996). Trochu protichůdně pak působí zvyšující se počet sebevražd u populace nad 65 let (Křivohlavý, 2003). Kebza (2009) zase uvádí, že deprese je ovlivněna kulturními faktory, především jejími tradičními zdroji a typickými charakteristikami jako rodinná a společenská koheze, úcta ke starším členům společnosti a rodiny a respekt k tradičním hodnotám.

U těžké depresivní epizody je příznačná vysoká mortalita, protože až 15 % umírá sebevraždou. Jestliže trpí depresivní poruchou lidé nad 55 let, tak se u nich objevuje 4 krát vyšší riziko úmrtí než v ostatní populaci (Smolík, 1996).

### **2.3.2 Klasifikace**

Dle MKN-10 i DSM-IV jsou základním projevem depresivních poruch depresivní epizody. K diagnóze depresivní poruchy nám stačí jediná konkrétně časově ohraničená a vyjádřená depresivní epizoda. Tyto depresivní epizody mohou být specifikovány určitými charakteristikami a jsou vymezeny okruhem příznaků (Smolík, 1996).

DSM-IV i MKN-10 udávají pro depresivní epizodu tyto charakteristiky (Smolík, 1996, s. 220):

- Závažnost (lehká, středně těžká, těžká).
- Přítomnost nebo nepřítomnost somatického syndromu (v DSM-IV melancholických rysů).
- Přítomnost nebo nepřítomnost psychotických příznaků (odpovídajících náladě, nebo neodpovídajících náladě).

### **2.3.3 Depresivní myšlenky**

Depresi provázejí výčitky svědomí, pocity viny a podceňování sebe samého. Typické jsou depresivní automatické myšlenky, které sami přicházejí člověku na mysl bez jeho vlastního zapojení. Automatické myšlenky však máme neustále, aniž bychom si to nějak uvědomovali. Tyto myšlenky komentují to, co prožíváme a my je přijímáme bez uvažování o jejich pravdivosti. Automatické myšlenky mají sklony tvořit řetězce a u zdravého člověka nemění náladu, protože jsou neutrální. Příkladem je: „Budu muset zajít na poštu, to se musím teple obléknout, venku je mráz.“ Pokud jsou negativní, tak jsou vyváženy konstruktivními myšlenkami. Příkladem je: „To je nepříjemné, zase se mi

to nezdařilo - pokusím se to však udělat jinak a snad na to konečně přijdu.“ V depresi se však doplňující konstruktivní myšlenky vytrácejí a převažují tak negativní automatické myšlenky, které se dále řetězí. Příkladem je: “Zase jsem prohrál, jsem neschopný – nikdy nemohu vyhrát, protože na to nemám“. Depresivní automatické myšlenky většinou obsahují negativní hodnocení sebe sama (Nic neumím!), negativní hodnocení okolností (Dostávám ty nejhorší pracovní úkoly!) a negativní vize do budoucna (Nikdy neseženu lepší práci!). Všechny tyto nepřetržitě probíhající depresivní myšlenky napomáhají při udržování deprese. Také nejsou založeny na faktech, a tak skutečnost reflektují zkresleně, negativně a katastroficky. Mohou člověku také bránit v aktivitách, které by mu pomohly cítit se lépe. Nakonec se člověk stále více poddává tvrdé sebekritice a cítí se stále hůř. Depresivní myšlenky se občas objeví i u zdravých osob, ale jejich vliv není tak destruktivní, protože jim většinou není přiznána velká váha. Depresivní člověk je však těmito myšlenkami pronásledován, kdykoli přemýšlí o své vlastní hodnotě či schopnostech (Praško, Prašková, & Prašková, 2003).

Depresivní myšlenky mají několik typických charakteristik (Praško, Prašková, & Prašková, 2003):

- Jsou automatické, mimovolně nás napadají a nejsou promyšlené.
- Jsou zkreslené a neodpovídají realitě.
- Jsou neužitečné, protože člověku škodí, snižují jeho sebevědomí, zvyšují pasivitu a udržují depresi.
- Plně jim věříme a nepochybujeme o nich v době, kdy nám přijdou na mysl, ačkoliv jsou přehnané a bezdůvodné.
- Čím více jim podléháme a věříme, tím hůř se cítíme. Pokud nás ovládnou, vše se nám zdá beznadějně a máme chuť vše vzdát.

#### **2.3.4 Příčiny deprese**

Vágnerová uvádí, že výskyt depresivních poruch není v různých sociokulturních a antropologicky odlišných společnostech stejný. Výskyt deprese mohou ovlivnit i klimatické podmínky. V zemích, kde je chladněji a méně světla, bývá deprese častější (Vágnerová, 2008).

Rozvoj či trvání poruchy mohou ovlivnit také samotné cykly ročních období a cykly střídání dne a noci. Mnohdy se u depresivních nemocných objevuje ranní

pesimum, což znamená, že nejhůře je nemocnému ráno. Kolem druhé a třetí hodiny v noci se budí a nemůže znovu usnout, večer se však může cítit o něco lépe. Tyto výkyvy nálady jsou spojeny s funkcí neurotransmiterů, protože sekrece melatoninu reaguje na světlo a ovlivňuje též sezónní výkyvy nálad (Donaldson, 1997). Afektivní poruchy obecně jsou podmíněny multifaktoriálně, jelikož k jejich vzniku nejspíše přispívá více vzájemně se ovlivňujících faktorů. Jsou to dědičné dispozice, vývojově podmíněné změny a aktuální zátěžové faktory somatického i psychosociálního charakteru. Dědičnost se profiluje u deprese například tím, že u depresivních dětí bylo zjištěno nedovyvinutí hippokampu a amygdaly. U deprese se také častěji objevuje postižením levé hemisféry, hlavně frontálního laloku. Byly zjištěny i odlišné hodnoty noradrenalinu, které byly u depresivních osob nižší. Deprese může být chápána jako neschopnost mozku produkovat dostatek noradrenalinu (Vágnerová, 2008).

Z vnějších vlivů rizikových pro vznik deprese to může být úzkostlivě starostlivý výchovný styl, depresivní rodinné klima, nedostatečně zpracované ztráty, poruchy osobnosti a poruchy kognitivního vývoje. Některé teorie uvádějí, že pro vznik deprese má význam učení, protože disponovaný člověk se naučí reagovat na nepříznivé situace depresivním chováním. Toto chování může být podporováno reakcemi z okolí. Dalšími příčinnými faktory bývají vlivy z rodiny, které mohou být spojeny s nezvládáním role dospělého, a s tím související samostatností, odpovědností a neúspěšností v partnerské a profesní úloze. Sociologický výklad deprese podle teorie rolí říká, že nemocný upadá do deprese, pokud ztrácí navyklé role, které byly součástí jeho identity. Postižený pak není schopen změnu role přijmout a přizpůsobit se v rámci vývojových či sociálních změn. Může jít o situace jako stěhování, změna či ztráta zaměstnání, rozvod či odchod dětí z původní rodiny. Afektivní porucha však vzniká z důvodu špatného způsobu zpracování těchto událostí, ne z důvodu samotného vzniku těchto zátěží (Vágnerová, 2008).

Chemicky můžeme vyložit depresi jako stav, kdy dochází k tlumené výrobě neurotransmiterů. V synaptické štěrbině je jich málo, a tak postsynaptická část reaguje na tuto situaci zvýšením počtu receptorů, aby se jí podařilo vychytat více neurotransmiterů. Tento děj však množství neurotransmiterů ještě více sníží a napětí na synaptické štěrbině dále klesá. Farmaka na to reagují tak, že buď

zablokují monoaminoxidázu, aby nebyla schopná rozbít neurotransmitter, nebo zamezí zpětnému vstřebávání neurotransmiterů (Kurzová, Honzák, & Krombholz, 2003).

Deprese může nastat také kvůli narušení životního stylu. Mezi tyto příčiny deprese patří nedostatek spánku, vyčerpání nadměrnou prací a málo pravidelného a dostatečného pohybu (Křivohlavý, 2003).

Depresi mohou způsobit i některé léky. Patří mezi ně antiepileptika, antihypertenziva, antiparkinsonika, antikonceptiva, zejména kombinované tablety a tablety založené na progestogenové bázi, diuretika, silné trankvilizéry, steroidní terapeutika, a to jak antiastmatika, tak antiartritika (McKenzie, 2001).

## **2.4 Druhy deprese**

Depresí existuje více druhů, většinou jsou tyto druhy stanoveny dle domnělých příčin deprese. Mnoho z těchto druhů deprese je dnes však již překonáno a nahrazeno rozdělením depresí podle závažnosti (hloubky deprese), jelikož byly dříve stanovené kategorie depresí příliš rigidní (Honzák, 1999).

Významné je odlišit rekurentní (opakovanou) depresivní poruchu od bipolární afektivní poruchy především z důvodu farmakoterapie. Farmakologickou léčbou rekurentní depresivní poruchy je užívání antidepresiv, avšak u bipolární afektivní poruchy jsou základní farmakoterapií tymoprofylaktika (stabilizátory nálady). Jestliže je depresivní fáze u bipolární afektivní poruchy diagnostikována jako depresivní fáze rekurentní deprese, použijí se nesprávná psychofarmaka – antidepresiva. Ty mohou však u bipolární afektivní poruchy způsobit převrat do manické fáze. Matoucí může být, že převážná většina lidí trpících bipolární afektivní poruchou, vyhledá lékaře v depresivní fázi, což pak vede častěji k nesprávné diagnóze. Existují však ukazatele pomáhající odhalovat depresi bipolární. Patří mezi ně pozitivní rodinná anamnéza pro bipolární afektivní poruchu, přítomnost psychotických symptomů, tendence k chronicitě, útlumová forma a demografické faktory jako mladší věk při počátku a rovný výskyt u žen i mužů. Bipolární afektivní porucha totiž spočívá ve střídání manických a depresivních nebo smíšených epizod. U smíšených epizod se rychle střídají či jsou současně přítomny depresivní i manické symptomy (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). V povznesené náladě (manická fáze) nepotřebuje člověk jíst



ani spát, má spoustu energie a nápadů a cítí se velmi dobře. Mohou se však objevit subjektivně pozitivně laděné bludy a halucinace a vytrácí se schopnost rozumného úsudku. Poté přichází depresivní fáze, která je však většinou stejně hluboká či hlubší než fáze manická (McKenzie, 2001). Depresivní fáze u střídání manických a depresivních epizod převažuje asi trojnásobně delší čas než mánie (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). Protikladem je monopolární deprese, kterou zažívá většina pacientů, kdy je přítomna pouze fáze depresivní (McKenzie, 2001).

Endogenní deprese vzniká bez zjevných příčin, je často intenzivní a pacienti při ní trpí ztrátou chuti k jídlu, časným vstáváním, nezájmem o sex a horší náladou v ranních hodinách. Obvykle však tento druh deprese dobře reaguje na léčbu. Problémem tohoto definování je, že stejné příznaky mohou spouštět stresující situace (McKenzie, 2001). Tento druh deprese se přičítá biologickým faktorům (Honzák, 1999).

Neurotická deprese je pojem pro pojmenování lehké deprese, kdy člověk mívá lepší a horší dny, večer se většinou cítí depresivněji. Těmto pacientům se špatně usíná a budí se v noci, ale k ránu spánkové potíže nemají, dokonce někteří spí nadmíru. Pojem neurotická deprese se však díky nahrazení za lehkou depresi skoro nepoužívá (McKenzie, 2001).

Psychotická deprese je těžká forma deprese s tělesnými příznaky, kdy může pacient ztrácet kontakt s realitou, trpět bludy a halucinacemi (McKenzie, 2001). Tyto bludy a halucinace mohou odpovídat náladě a jsou to pak bludy provinění, méněcennosti, tělesné choroby či výsměšné a odsuzující sluchové halucinace. Pokud neodpovídají náladě, mohou se objevit paranoidní bludy nebo halucinace. U psychotické deprese může být přítomen i depresivní stupor (Bouček, 2006). Depresivní stupor je těžká psychomotorická retardace (Laňková, & Siblíková, 2004).

Dysthymie je depresí mírného stupně s nízkým sebevědomím, potlačenou schopností prožívat radost, pocitem prázdnoty a zhoršeným soustředěním (Bouček, 2006). Dysthymie je chronicky depresivní nálada, která však nesplňuje kritéria pro diagnózu mírné ani těžší depresivní poruchy (Laňková, & Siblíková, 2004). Pacienti udávají také špatný spánek, únavu a potíže s běžnými denními nároky. Tento typ deprese trvá dva roky a déle, přičemž depresivní stavy se

opakují a normální nálada trvá spíše jen krátce. Existuje zde vcelku velká pravděpodobnost vývinu těžké depresivní poruchy, která nasedá na dysthymii a tento stav se označuje jako zdvojená deprese (Bouček, 2006). Pro diagnózu dysthymie je důležitá doba trvání poruchy, což je u dospělých nejméně 2 roky a u dětí a mladistvých 1 rok (Laňková, & Siblíková, 2004).

#### **2.4.1 Typy depresivních epizod**

Typy depresivních poruch můžeme rozdělit na lehkou depresivní epizodu (F32.0), středně těžkou depresivní epizodu (F32.1), těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků (F32.2), těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky (F32.3) a jiné depresivní epizody (Smolík, 1996). Při lehké depresivní epizodě je výkon běžné práce a aktivit možný s lehkými obtížemi. U středně těžké depresivní epizody je už výkon běžné práce a aktivit ztížen značnými potížemi. Těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků ovlivňuje pacienta tak, že není schopen pokračovat v aktivitách, nebo je toho schopen jen velmi omezeně. Vždy je také přítomný somatický syndrom. U těžké depresivní epizody s psychotickými příznaky jsou přítomny bludy (často hypochondrické např. „Neumím ovládat své svaly.“), halucinace nebo depresivní stupor (Laňková, & Siblíková, 2004).

### **2.5 Prevence deprese**

#### **2.5.1 Primární prevence deprese**

V primární prevenci zaměřené na obecnou populaci může být preventivní vše, co dělá ve společnosti depresivní způsoby jednání méně pravděpodobnými. Řadí se zde snahy o zvědomění svědomité a přetěžující touhy po výkonu jako touhy pouze samoúčelné a snahy o morální rehabilitaci nečinnosti. Nezávislost a závislost by měly být uvedeny do rovnováhy, čímž by se zrelativizoval ideál nezávislosti. Navrch by dostaly místo něj spíše solidární formy života s dobrovolnou vzájemnou závislostí. Primární prevenci deprese zahrnují také životní formy, které nenacházejí prostor pro frustrované ženy v domácnosti, pro izolovaný partnerský vztah a pro osamělé starší osoby. Je potřeba také dávat najevo, že bolest, smutek a ztrátu nelze depresivně umrtvovat, protože prostě náleží k životu a člověk ji musí prožít (Dörner, & Plog, 1999).

### **2.5.2 Sekundární prevence deprese**

Sekundární prevence by měla směřovat k depresivně ohroženým osobám, které se při obtížích sebezakazujícím způsobem shazují, kombinují ambicióznost a boj za nezávislost s přehlížením reálné závislosti a hodnocením sebe sama dle cizích měřítek. Rizikové jsou i jedinci beroucí v úvahu vše doslova a lidé neschopní prožívat smutek, bolest a agresi. Preventivní kroky pak vyplývají z popisu depresivních potíží (Dörner, & Plog, 1999).

### **2.5.3 Terciární prevence deprese**

Jako terciární prevenci bychom mohli označit preventivní podávání lithia osobám vícekrát manickým či depresivním (Dörner, & Plog, 1999). Aby se člověk uchránil před opakováním depresivních epizod, měl by se orientovat v několika oblastech a dodržovat některé zásady (Praško, Prašková, & Prašková, 2003, s. 171):

- Porozumět depresi a jejím příznakům.
- Vědět, jaké jsou možnosti léčby deprese.
- Plánovat smysluplně svoji aktivitu.
- Pracovat s depresivními automatickými myšlenkami.
- Porozumět hlubším postojům, které vedou k nadměrnému stresu v životě.
- Relaxovat.
- Pozitivně komunikovat s okolím.

V životě nastane mnoho stresujících situací, kde se objeví řada spouštěčů, které dříve vyvolaly depresivní myšlení, chování a emoce. Člověk by se měl na tyto situace předem připravit, pokusit se je řešit bez rozvoje poruchy nálady a nepodlehnout depresivnímu zpracování událostí. Při větším riziku opakování depresivní epizody, je dobré být schopen uvědomit si počáteční příznaky už na začátku. Brzká léčba dokáže nemoc rychle zastavit a zabrání plnému rozvinutí deprese. U první epizody se antidepresiva užívají ještě půl roku, při zvýšeném riziku recidivy deprese se podávají minimálně dva roky a při velké frekvenci opakování deprese v minulosti, se užívají pět let až celoživotně. Pro prevenci deprese je významné vytvořit si dobrou sociální síť s dostatkem podpory. Člověku to umožní vypovídat se ze svých problémů, o někoho se opřít, nezůstat o samotě, strukturovat rozpadlý časový plán a přemýšlet nad jinými

věcmi než vlastními problémy. Po stabilizaci stavu nemocného, brání kontakty s lidmi také před samotným rozvojem deprese. Je důležité znovu navázat kontakty s lidmi, kteří byli dotyčnému blízcí před nemocí, ale je možné navázat i nové vztahy. Pro vytvoření těchto kontaktů je významné najít si příležitosti k setkávání a trávení času s lidmi nad smysluplnou nebo zábavnou činností. Pravidelný kontakt s lékařem můžeme označit taktéž za preventivní strategii proti navrácení deprese. Umožní totiž okamžitou změnu léčby podle zdravotního stavu, ale dává i prostor pro hovor o vlastních potížích a problémech. Dále významně působí proti depresi pravidelný pohyb, který uvolňuje endorfiny přivádějící mozek do relaxované bdělosti a klidu. Endorfiny celkově výrazně působí proti depresivní náladě (Praško, Prašková, & Prašková, 2003).

## **2.6 Léčba deprese**

Mezi základní metody léčby deprese patří farmakoterapie antidepressivy, elektrokonvulzivní terapie (ECT) a psychoterapie (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). Elektrokonvulzivní léčba se využívá především u závažné depresivní poruchy. K výraznému zlepšení dochází u 80 % pacientů, u pacientů rezistentních na antidepressiva má 50% úspěšnost. Její efekt se vyznačuje výrazným antidepressivním účinkem a rychlým snížením suicidálního myšlení. Ovšem stále nejsou důkazy pro potvrzení účinku EKT na snížení suicidalitu v dlouhodobějším horizontu. Z toho vyplývá, že je velmi složité říci, zda lze doporučit pro snížení sebevražedného rizika průběžnou udržovací EKT (Látalová, & Praško, 2009). Občas se používá i fototerapie a spánková deprivace. U neléčených pacientů trpících depresí, by měla deprese spontánně odeznít do 6-12 měsíců. Naproti tomu u pacientů léčených antidepressivy, se tato doba do vymizení deprese zkracuje na 2-3 měsíce. Zlepšení nálady je však možné pozorovat už po 7-14 dnech léčby. Farmakoterapie by měla být vždy zkombinována s psychoterapií, jelikož úspěch léčby závisí i na vztahu lékaře a pacienta. Tato kombinace je účinná v akutní etapě léčby deprese, avšak pro dlouhodobou terapii existuje jen málo údajů o účinnosti této kombinace (Fišar, 2009). U psychotické deprese by měla být předepsána antipsychotika. Při tendenci k suicidálním chování a agitovanosti se podávají benzodiazepiny či antipsychotika, která je možno podávat injekčně. Klíčová je však především správná diagnostika intenzity

depresivní poruchy a počtu prodělaných epizod. Při léčbě deprese je zdůrazňována důležitost spoluúčasti nemocného na léčbě, jelikož rozhodnutí udělaná po vzájemné dohodě zlepšují spolupráci a účinnost léčby. Významným faktorem úspěšné léčby je samozřejmě také terapeutický vztah vybudovaný na vzájemné důvěře (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006).

### **2.6.1 Průběh léčby deprese**

Průběh léčby deprese můžeme rozdělit na etapu akutní (trvající 6-12 týdnů), etapu pokračovací (4-9 měsíců) a udržovací trvající 1 rok a více (Fišar, 2009). Ve fázi akutní je hlavním cílem rychlé zmírnění či odstranění příznaků deprese a obnovení normálního fungování (dosáhnout plné remise). Bohužel se však dosáhnoutí plné remise daří jen u 30-40 % nemocných léčených antidepresivy. Remise částečná znamená vyšší výskyt opakování deprese, trvání funkčního narušení a vyšší riziko sebevražedného jednání (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). Etapa pokračovací má za cíl zabránit návratu depresivních symptomů poruchy nálady. Etapa udržovací zase chce zabránit recidivě čili výskytu nové depresivní epizody. V remisi zůstává asi tři čtvrtiny pacientů po dobu jednoho roku až tří let i déle, jestliže dostávají odpovídající dávky antidepresiv. U bipolární poruchy a periodické depresivní poruchy se doporučuje podávat dlouhodobě stabilizátory nálady jako například lithium, valproát nebo karbamazepin. V dlouhodobé léčbě antidepresivy by měl být sledován výskyt vedlejších účinků (Fišar, 2009).

Při léčbě deprese je třeba pracovat s celou rodinou, jelikož onemocnění dotyčného je velkou zátěží i pro ostatní členy rodiny, kteří potřebují pro zvládnutí této situace oporu. Členům rodiny by mělo být poskytnuto porozumění s ohledem na problémy, které s pacientem mají oni sami. Důležitými body práce s rodinou je rozebrat s nimi vysvětlení nemoci, chování k nemocnému a postoj a hodnocení nemoci. Důležité je říci, že nemoc nikdo z nich ani pacient sám nezavinil. Depresi nelze ovlivnit vůlí, jelikož jde právě o nemoc, která tkví v neschopnosti ovládat své pocity, nálady a jednání. To vychází z patologických změn v organismu, nikoli z vnějších událostí. Členové rodiny by měli být poučeni, že není nutné přebírat odpovědnost za chování a prožívání nemocného. Odborník by měl dát členům rodiny vědět, jak se mají k nemocnému chovat, aby ho ještě více nezatížili.

Neměli by ale nemocného nechávat fixovat ve zbytečné závislosti. Rodina by neměla nemocného nutit k nějakým rekreačním aktivitám, protože nemocný není schopen se jejich radami řídit. Spíše se pak může cítit více neschopný a vinný za svůj stav. Není též dobré, snažit se posílat nemocného do lázní, nebo mimo domov, jelikož by mu to přineslo velké adaptační obtíže a nezvládnutelnou zátěž. Od nemocného nelze čekat to, co zvládal dříve. Rodina by neměla stav nemocného hodnotit jako „brzy to bude lepší“ a podobně, protože je to pro nemocného jako by ho rodina nebrala vážně a bagatelizovala jeho stav. Nemá smysl nemocnému vyvracet ani jeho představy, že je nejhorší a něco hrozného udělal, protože tyto představy po akutní fázi deprese vymizí. Signály o zlepšení zdraví pacienta musí přijít od něho samotného, nelze mu zlepšení stavu vsugerovat. V neposlední řadě by měli rodinní příslušníci vědět, že léčba deprese je nutná, protože sama od sebe tato nemoc nevymizí (Vágnerová, 2008).

### **2.6.2 Pomoc při depresi**

Člověku trpícímu depresí může pomoci naučit se relaxaci, imaginaci a plánování příjemných aktivit. V depresi je mysl narušena depresivními automatickými myšlenkami, což brání uvolnění. Toto napětí člověka velmi vyčerpává, unavuje a snižuje jeho výkonnost. Relaxace naopak pomáhá zvládat stres a uvolňuje mysl i svalstvo a může pomoci k očistě duše. Lidský organismus se relaxací regeneruje rychleji než ve spánku a zbavuje se nahromaděného psychického napětí. Relaxaci můžeme definovat jako stav tělesného a psychického uvolnění. Subjektivně je spojena s prožitkem klidu, vyrovnaní se a vnitřního ticha. Tělesné uvolnění se navenek projeví jako harmonizace dechového rytmu a rytmu srdce, mírným poklesem krevního tlaku, uvolněním svalů a zpomalením základních tělesných pochodů. Psychické uvolnění způsobí urovnáním myšlenek, nebo možnost soustředění se na jednu věc. Hlubší uvolnění plodí i větší vyrovnanost a déle přetrvávající účinek relaxace. Uvolnění dopomůže k probuzení větší sebedůvěry a optimističtějšího postoje. Pokud člověku dělá problém relaxovat, většinou mu v tom brání automatické myšlenky typu: „Běž radši dělat něco užitečného!“, „Nikdy se nezvládneš naučit relaxaci!“, „Teď si nemůžeš dovolit odpočívat!“ Tyto myšlenky by měl dotyčný ignorovat a nechat je

automaticky odejít. Neměl by se snažit je přímo potlačovat, měl by je jen vnímat jako lhostejné (Praško, Prašková, & Prašková, 2003).

V depresi je prožívání dříve příjemných aktivit výrazně narušeno. Nemocný nedokáže prožívat radost a má málo energie a motivace k účasti na běžných denních aktivitách. Člověk trpící depresí cítí velký pocit viny z toho, že nestíhá své povinnosti a automaticky pak začne zanedbávat věci, které dříve dělal pro své potěšení. Přestat se věnovat tomu, co přináší člověku potěšení a tedy energii, znamená prohloubení deprese. Toto zanedbávání příjemných aktivit začíná často o mnoho dříve, než se objeví příznaky deprese. Zpočátku začíná člověk vynechávat jen některé příjemné aktivity, ale v důsledku toho ztrácí životní radost a energii, což vede k vynechávání dalších příjemných aktivit. Toto jednání tvoří bludnou depresivní spirálu, točící se do stále větší hloubky depresivního prožívání. Vyhledávání radostných aktivit mizí a místo něj nastupuje pasivní čekání. Depresivní člověk má pak už většinou málo energie, a ačkoli se ho okolí snaží rozveselit, tak bez energie radost nedokáže cítit. Toto je důvodem, proč když depresivního nutíme k radostným aktivitám, tak ho akorát více podráždíme, protože on cítí stále smutek. Někdy mívají nemocní také pocit, že jim radost či potěšení teď ani v budoucnu nic nepřinese. Příjemných aktivit by si měl člověk dopřávat dostatečné množství a dostatečně dlouhou dobu, než se mu vrátí radost a potěšení z jejich prožitku. Nemocný by se měl naučit tyto aktivity systematicky plánovat a pravidelně dodržovat (Praško, Prašková, & Prašková, 2003). Neměl by však na svém plánu až příliš lpět. Měl by se snažit mít nějaké náhradní varianty například v případě naplánované procházky a neočekávaného deštivého počasí. Je také dobré si vykonané činnosti zapisovat, protože pohled na to, co bylo vykonáno, může pomoci k probuzení z depresivní nálady. Přesnější je hodnotit nejen počet činů, ale také individuální hodnotu činu třeba podle stupnice od nuly do deseti. Stejný způsob hodnocení lze použít i pro hodnocení toho, jakou nám čin udělal radost. Tyto záznamy by měli být prováděny ihned po činu (Křivohlavý, 2003). Po nějaké době by se měla deprese výrazně zmírnit a člověk by měl nabrat energii. Typicky příjemné aktivity se rekrutují z oblasti příjemných mezilidských interakcí (přátelská konverzace, dávání a přijímání komplimentů), prožitků kompetence (uvědomění si, že něco umíme, zvládáme, naučili jsme se) a reakcí nesourodých s depresí (smích, uvolnění,

relaxace, tanec, sexuální vzrušení, dobrý spánek). Pro zabránění prohlubování deprese a přerušení negativní spirály ubývání příjemných aktivit, je potřeba si ze začátku vybrat alespoň 1-2 příjemné aktivity denně. Člověk by se jim měl věnovat v době, kdy není moc unavený. Z počátku se nedá čekat, že tyto aktivity přinesou depresivnímu člověku tolik potěšení jako v době, kdy depresi neprožíval. V tuto chvíli je i malé uvolnění a drobná radost velmi cenná. Tento přístup vyžaduje trpělivost, protože depresivní nemocný se musí znovu učit prožívat události uvolněně a s radostí. Účinné je snažit se zachytit a zvědomit si i sebemenší příjemné pocity. Později se tyto pocity budou prohlubovat a za několik týdnů už bude činnost člověka znovu těšit (Praško, Prašková, & Prašková, 2003).

### **2.6.3 Psychoterapie a deprese**

Významným faktorem psychoterapie je nepřítomnost nežádoucích účinků, se kterými se setkáváme u farmakoterapie a elektrokonvulzivní terapie. Sama psychoterapie může být účinná i při selhání léčby psychofarmaky, ale její léčebný efekt se dostavuje s větším časovým odstupem než je tomu u pacientů, kterým pomáhá užívání psychofarmak. Použití psychoterapeutické léčby je však kontraindikováno u těžkých a psychotických depresí (Fišar, 2009).

Můžeme rozlišovat individuální, skupinovou a rodinnou psychoterapii. Hlavním předpokladem všech psychoterapeutických přístupů je podpora zdravých částí osobnosti. Psychoterapie pomáhá obnovit pocit kontroly nad svými myšlenkami, chováním, představami a emocemi. Terapeut pomáhá pacientovi porozumět jeho situaci, rozdělit zdravé a nemocné prožívání, ohraničit patologické prožitky, obnovit řebříček hodnot, rozvinout to zdravé, nalézt důvěru v sebe i svět kolem, vytvořit si pocit bezpečí a najít cesty k řešení svých současných problémů. Pro pacienty s hlubokou depresí není psychoterapie příliš účinná, ale v době odeznívání depresivní fáze pomoci může. Lidé s depresí lehkou či středně těžkou na psychoterapii většinou reagují velmi účinně. U lehčích depresí může psychoterapie pomoci i bez užívání psychofarmak. Obecně psychoterapie zkracuje délku léčby deprese (Praško, Prašková, & Prašková, 2003).

Nejčastěji je u deprese indikována kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Tato terapie obsahuje edukaci o léčbě a o samotné poruše, zabývá se také plánováním aktivit, nácvikem relaxace, komunikace a expozice. Expozice probíhá



prostřednictvím vystavení pacienta zátěži a problémům. Kognitivně-behaviorální psychoterapie se skládá z kognitivní a behaviorální složky. Kognitivní složka se pokouší o odstranění příznaků pomocí identifikace zkreslených a negativních myšlenek. Snaží se tyto myšlenky, předsudky a přesvědčení pojmenovat a upravit kvůli zamezení opakování deprese. Behaviorální složka je založená na teoriích učení. Zabývá se tedy systematickým tréninkem, nácvikem dovedností, sebeovládáním, asertivitou a řešením problémů. K tomu používá pozitivní posilování, opomíjení negativního a posilování odolnosti vůči zátěži. Pacienta také učí sociálním dovednostem, plánování volného času a zvládání stresu. Dalšími přístupy používanými při léčbě deprese jsou interpersonální psychoterapie, manželská terapie, krátká dynamická psychoterapie, Rogersovská psychoterapie a logoterapie. Interpersonální psychoterapie pacientovi objasňuje problémy a práci na jejich vyřešení. Zaobírá se sociální izolací pacienta a protrahovaným zármutkem. Terapeut společně s pacientem označí mezilidský problém, na kterém pracují. Tento problém nemusí být příčinou, ale může se podílet na udržování depresivního stavu. Manželská terapie se doporučuje v situacích, kdy je neutešená situace v manželství stresujícím vlivem na pozadí rozvoje deprese. Nevyřešené manželské konflikty po odeznění deprese, též napomáhají k návratu onemocnění. Krátká dynamická psychoterapie odhaluje a zkoumá problémy a konflikty vyplývající z osobnosti nemocného a ze situací, ve kterých je zainteresován. Tato technika však není pro depresivní poruchy specifická. Rogersovská psychoterapie si zakládá na vytvoření empatického vřelého vztahu s klientem, který se v tomto prostředí může svobodně a bezpečně vyznávat ze svých pocitů a problémů. Rogersovská psychoterapie vychází z předpokladu, že vztah terapeuta a klienta a možné „nastavování zrcadla“ působí terapeuticky a je vhodné u depresivních poruch. Logoterapie pacientům pomáhá hledat a najít v životě svůj vlastní smysl (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006).

Z Freudovy psychoanalýzy odvozená hlubinná psychoterapie, používá k léčbě zvědomění vnitřních sil, které se podílejí na zrodu a udržování deprese. Zjišťuje konflikty vzniklé v dětství a v mládí, které dávají osobnosti depresivní základ. Freud považoval depresi za zlost, která nebyla ventilována, jelikož ji zastavily obranné mechanismy člověka. Toto zadržené vnitřní napětí se pak podle něj obrátilo do nitra daného člověka. Psychoanalytická léčba trvá dlouho a pacient

při ní dochází ke svému terapeutovi několikrát týdně i po několik let. Terapeut se snaží, aby pacient našel své neodehrané konflikty a frustrace, zvědomil si je, a poté je ventiloval. Dnes však existují i kratší formy psychoanalýzy, které u depresí bývají také účinné (Křivohlavý, 2003).

Kryl (2006) vytvořil přehledné shrnutí společných průsečíků psychoterapeutických přístupů v léčbě deprese:

- Podpora pacienta, pevná terapeutická aliance, zprostředkování naděje.
- Změny v prožívání – ventilace, abreakce, katarze, zvědomění a přijetí emočního prožitku.
- Změny v myšlení – zpracování emocí rozumem, uvědomění si depresivně zkresleného myšlení a stereotypních myšlenkových schémat.
- Změny v sebepojetí.
- Změny v postojích – k sobě, ke světu, ke vztahům, a na to nasedající změny v chování a jednání.
- Změny v chování a jednání – zvědomění stereotypních vzorců chování, jednání a jejich projevů.
- Změny v mezilidských vztazích.

#### **2.6.4 Farmakoterapie**

K léčbě deprese jsou používány především antidepresiva. Pokud se podávají dlouhodobě, tak dokážou upravit patologicky zhoršenou náladu. Využívají se i u dalších poruch jako například poruch příjmu potravy, obsedantně-kompulzivních poruch, psychosomatických onemocnění a abstinčních syndromů. Přesný mechanismus terapeutického působení antidepresiv u poruch nálady však není dodnes znám. K dispozici je v nynější době více než čtyřicet antidepresiv, která jsou rozdělena do skupin dle různých parametrů. Pokud volíme antidepresivum, měli bychom se zaměřit na parametry související s lékem (snášlivost, účinnost, bezpečnost) a parametry vztahující se k pacientovi jako věk, pohlaví, typ deprese či somatická komorbidita (Fišar, 2009). Důležité je vycházet ze zkušeností s předchozí léčbou a výskytem vedlejších účinků. První volbou bývají v ambulantní praxi SSRI neboli inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006).

Léčba pomocí antidepresiv je účinná u 60-80 % léčených. Placebo oproti antidepresivům vykazuje pozitivní efekt jen u 20-40 % pacientů. V případě, že se u pacienta jeví léčba antidepresivem neúčinná, vymění se původní antidepresivum za jiné s odlišným mechanismem účinku. Asi 10-15 % osob jsou vůči antidepresivům rezistentní, a tak je zde na místě použít elektrokonvulzivní terapii. Fototerapie se používá většinou u sezónní deprese a spočívá ve vystavení jasnému světlu 2 hodiny před východem slunce (Fišar, 2009).

Antidepresiva se dělí podle mechanismu účinku na inhibitory zpětného vychytávání monoaminů (pět generací), antidepresiva působící na receptory (blokátory a agonisté receptorů) a inhibitory biodegradace monoaminů - inhibitory monoaminoxidázy (Švestka, 2004).

Thymoleptika (antidepresiva) I. generace jsou tricyklická antidepresiva, která spolehlivě působí, mají delší nástup účinků, anticholinergní působení (proti acetylcholinu) a poškozují srdce a krevní oběh. Thymoleptika II. generace mají menší anticholinergní účinek, méně poškozují srdce a krevní oběh, ale mají též dlouhou prodlevu mezi začátkem užívání a nástupem účinků. Thymoleptika III. generace začínají působit rychleji a mají méně nežádoucích účinků. Působí zejména v oblasti inhibice zpětného vychytávání serotoninu. Patří zde citalopram (Seropram), prozac, fluoxetin (Deprex, Portal), sertralin a paroxetin. Vedlejšími účinky antidepresiv typu SSRI (III. generace) bývají žaludeční potíže, průjemy, zvracení, bolesti hlavy, úzkost, roztěkanost a pocit nevolnosti (McKenzie, 2001). Dále také snížení chuti k jídlu a snížení váhy, poruchy sexuálních funkcí, nespavost a třes (Bouček, 2006). Může se také vyskytnout hyponatrémie (snížená hladina natria), mánie (hrozí u zatím nerozpoznané bipolární poruchy), serotoninový syndrom a syndrom z náhlého vysazení SSRI. Serotoninový syndrom vzniká kvůli nadměrně vysoké hladině serotoninu a nastupuje do 24 hodin od nepřiměřeně vysoké dávky, nebo nevhodné lékové interakce. Hlavními příznaky jsou zmatenost, neklid, průjem, pocení, zrychlená srdeční činnost, svalové záškuby a vysoká horečka. Kóma, záchvaty a smrt jsou vzácné. Většinou postačí při včasné diagnóze vysadit SSRI a příznaky do 24 hodin sami vymizí. Syndrom z náhlého vysazení SSRI není příliš vážnou komplikací, ale může způsobit závratě, úzkost, únavu, průjem, nejistou chůzi, nespavost, bolest hlavy, podrážděnost, zvracení, nauseu, třes, zrakové poruchy a abnormální vjemy

jako pálení, svědění a brnění. Tyto příznaky mohou vzniknout do 7 dnů po náhlém vysazení či snížení dávek SSRI a trvají od 2 do 10 dnů. Po navrácení původní dávky SSRI, rychle odezní (Laňková, & Siblíková, 2004).

Antidepresiva IV. generace postihují serotoninový a noradrenalinový neurotransmiterový okruh. Do této skupiny náleží venlafaxin (Efectin), mirtazapin (Remeron) a reboxetin čili Edronax (Kurzová, Honzák, & Krombholz, 2003). Nejčastějšími vedlejšími účinky tricyklických antidepresiv bývají rozmazané vidění, zácpa, erekční a ejakulační potíže, urinační potíže, sucho v ústech, rychlý či nepravidelný rytmus srdce, křeče, závratě při stání, nadměrné pocení, třes rukou a růst váhy (McKenzie, 2001). Tricyklická antidepresiva také zvyšují účinky alkoholu a je u nich malý rozdíl v terapeutické a smrtelné dávce, proto by se neměli předepisovat pacientům se sebevražedným rizikem v ambulantní léčbě (Laňková, & Siblíková, 2004).

Thymoleptika ze skupiny inhibitorů monoaminoxidázy (I-MAO) účinkují, naproti ostatním antidepresivům působícím na synaptické štěrbině, uvnitř buňky. Tam tlumí monoaminoxidázu, čímž brání rozpadu serotoninu (Kurzová, Honzák, & Krombholz, 2003). Inhibitory monoaminoxidázy mají výrazný vedlejší účinek přibírání na váze a touhu po sladkém téměř u poloviny léčených pacientů (Navrátilová, Češková, & Sobotka, 2000).

Na snížení úzkosti působí anxiolytika, jejichž hlavní skupinou jsou benzodiazepiny. Při léčení úzkosti, je občas těžké rozeznat, kdy se u pacienta jedná o patologickou a kdy o normální úzkost. Benzodiazepiny mají značné riziko závislosti a životu nebezpečné je jejich požívání s alkoholem, protože tlumí dechové centrum (Kurzová, Honzák, & Krombholz, 2003).

Od roku 1960 se k léčbě deprese a především bipolární deprese používá také lithium. Důležitá je pravidelnost jeho podávání jako u ostatních antidepresivních léčiv. Často se lithium kombinuje s užíváním antidepresiv. Ačkoli není lithium návykové, má nežádoucí vedlejší účinky (Křivohlavý, 2003). Užívání lithia v udržovací léčbě je spojeno s 80-90% snížením rizika suicidia. Důkazy pro podobný efekt u rekurentní depresivní poruchy jsou však slabší (Baldessarini, Tondo, & Hennen, 2003). Lithium je však samo o sobě velmi toxické při předávkování (Praško, & Doubek, 2008).

Existují i přírodní léčiva působící na depresi. Patří mezi ně například třezalka tečkovaná a šafrán. Při současném užívání některých antidepresiv a třezalky, se však vyskytují vzájemné nežádoucí interakce (Dušek, & Večeřová-Procházková, 2010).

### **2.6.5 Hospitalizace**

Hospitalizace v případě deprese s rizikem sebevraždy je nezbytná. Obvykle trvá do doby, než vymizí „tunelové vidění“ typické pro impulzivní sebevražedné jednání. Pacient by měl svého lékaře ihned informovat, pokud se u něj vyskytnou sebevražedné myšlenky. Hospitalizace znamená v těchto akutních případech změnu prostředí, léčbu farmaky a intenzivní kontakt s lékařem, což obvykle rychle sníží sílu projevů depresivních příznaků a umožní přistoupit k psychoterapii a ambulantní léčbě deprese (Praško, Prašková, & Prašková, 2003). Bouček (2006) tvrdí, že asi 3 % mužů a 6 % žen vyžaduje kvůli depresi hospitalizaci v psychiatrickém zařízení.

Hospitalizace by měla nastat vždy, pokud je pacient po sebevražedném pokusu psychotický, hluboce depresivní, neklidný, má suicidální plán, pokus byl násilný, nedávno se pokoušel o sebevraždu a bránil se záchraně, lituje záchrany, žije izolovaně, jde o muže nad 45 let s počínající psychickou poruchou, nebo je jeho psychický stav ovlivněn somatickou nemocí (infekční, toxickou, metabolickou atd.). Při suicidálních myšlenkách by měla následovat hospitalizace především v případě specifického suicidálního plánu pacienta a pevného rozhodnutí k suicidiu. Spíše doporučována je hospitalizace, pokud je u pacienta kromě přítomných suicidálních představ diagnostikována psychóza či jiné závažné psychické onemocnění, pacient má suicidální pokus v anamnéze, má komorbidní vážné somatické onemocnění, není schopen spolupracovat ambulantně, nemá zevní podpůrný systém, má impulzivní povahu a delší dobu nespí. Naopak existují kritéria, kdy se lze hospitalizaci po suicidálním pokusu vyhnout. Je to v situaci, kdy je sebevražedný pokus reakcí na nepříznivou životní událost (především má-li pacient náhled), suicidální pokus se uskutečnil metodou s nízkou úmrtností, pacient spolupracuje, má rodinnou a sociální podporu a je schopný ambulantně spolupracovat. Když má pacient suicidální myšlenky, ale o sebevraždu se nikdy nepokusil, je prospěšnější ambulantní léčba (Praško, & Doubek, 2008).

Výhody hospitalizace musejí být váženy s ohledem na negativní důsledky jako přerušení práce, finanční nebo jiný psychosociální stres a sociální stigma. Samotná hospitalizace není léčbou, může však ke kvalitní léčbě dopomoci. Dává prostor pro provedení podrobného vyšetření a hodnocení pacienta, nabízí širokou paletu léčebných možností od elektrokonvulzí, psychofarmak až k psychoterapii. Hospitalizace může mít i negativní účinky jako regresi a zvýšení závislosti pacienta. Často také dochází k nárůstu suicidálních pokusů po propuštění pacientů z nemocnice. Hospitalizace by měla trvat do doby, než bude pacient schopný sám převzít kontrolu nad bezpečím svého života a bude umět ustát méně kontrolované prostředí. K tomuto většinou dochází, pokud poklesne suicidální tenze a deprese či jiné komorbidní psychické onemocnění, je přiměřeně pod kontrolou (Praško, & Doubek, 2008).

„Zákon stanoví, že je-li pacient suicidální, je naší povinností jej předat do specializované péče. Pokud pacient přímo neohrožuje sebe nebo své okolí, musíme respektovat jeho svobodnou vůli a to může znamenat, že se nám pacienta nepodaří předat. Pak je třeba se chránit před obviněním ze zanedbání povinné péče – získat od pacienta podpis na revers a informovat o tomto případě spádové psychiatrické oddělení. Pacienta i tak nespouštíme z dohledu, informujeme jeho blízké o hrozícím riziku, předáme kontakty na specializované pracoviště, zvýšíme frekvenci kontrol a podle možnosti nabídneme naši dosažitelnost na telefonu i mimo ordináční dobu“ (Laňková, & Siblíková, 2004, s. 8).

### **3. RIZIKO SUICIDIA A DEPRESIVNÍ SYMPTOMY U PROBLEMATIKY ZÁVISLOSTÍ**

#### **3.1 Závislost na nealkoholových návykových látkách**

Můžeme rozlišovat úzus, což je jednorázové, nebo opakované užití psychoaktivní látky, které nevede k žádnému poškození uživatele. Dále škodlivé užívání čili abúzus, kdy dochází k fyzickému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince. A dále syndrom závislosti, který je vygradováním abúzu psychoaktivní látky na základě pozitivní zpětné vazby, vyplývající ze subjektivně kladně hodnocené změny prožívání, po užití látky.

U závislého pak nastává záměna prožívání reality pod vlivem látky za realitu samotnou, čímž se proces užívání fixuje. Dochází k izolaci autentického prožívání a k nadměrnému posílení obran osobnosti (Kudrle, 2003). Syndrom závislosti je podle MKN-10 skupinou fyziologických, behaviorálních a kognitivních úkazů, v nichž užívání látky, nebo třídy látek u určitého jedince, má o mnoho větší hodnotu než jednání jiné, kterého si kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou a symptomem syndromu závislosti je touha užít psychoaktivní látku nazývaná carving (bažení). Tato touha má psychickou a tělesnou složku. Dalším symptomem je odvykací stav a zvýšená tolerance k užívané psychoaktivní látce (Jeřábek, 2008).

Závislost na nealkoholových návykových látkách se rozvíjí společně s negativními následky pro jedince i společnost o mnoho rychleji než u alkoholismu. Tolerance většinové společnosti k užívání drog je naproti alkoholu o hodně menší. Stigma spojené s užíváním drog je také silnější než nálepka alkoholika. Oproti alkoholismu je identifikace se subkulturou jedinců užívajících nealkoholové drogy pravděpodobnější. Z toho vyplývá častější přijetí vzorců chování typických pro tuto subkulturu a možné nebezpečné ztotožnění se s její hierarchií hodnot. To posléze znamená snížení šance na změnu tohoto asociálního způsobu života. Proto by se v léčbě měl dávat důraz i na změnu v preferenci hodnot, jinak dochází často k recidivě (Fischer, & Škoda, 2009). Závislost na drogách často vede ke kriminální činnosti, která je však ve většině případů sekundárním problémem, a při úspěšné léčbě její recidiva nenastává (Fischer, 2006).

### **3.2 Suicidium a depresivní porucha**

Mnoho lidí s depresí přemýšlí o sebevraždě, přesto ale mohou být tyto myšlenky jen letmé. Někteří tito pacienti nemusí ani sebevraždu přímo plánovat, ale například ke spánku uléhají s přáním další den se neprobudit a zbavit se tak všech svých trápení (McKenzie, 2001). Bouček (2006) uvádí, že dvě třetiny depresivních pacientů přiznávají sebevražedné myšlenky a 10-15 % depresivních nemocných spáchá sebevraždu.

Depresivní porucha je vzhledem k dokonanému suicidiu velmi rizikovým faktorem (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). Češková tvrdí, že dokonané

sebevraždy způsobí více úmrtí než nehody, války a přírodní katastrofy, a že 70 % suicidií je následkem deprese (Češková, 2003).

Češková (2001) říká, že u depresivních pacientů se může objevovat agrese zaměřená proti sobě, což způsobí sebepoškozující a sebevražedné jednání. Pak také 10-15 % depresivních pacientů končí suicidiem. Mnoho pacientů touží po smrti jako po vysvobození z nesnesitelných muk, již pro ně deprese představuje. Sebevraždu však nespáchají, protože jejich aktivační úroveň je depresí utlumena a nemají k tomuto činu dostatek energie. Jakmile se však jejich stav zlepší, je velké nebezpečí, že se o suicidium pokusí. Vondráček (1982) připomíná, že se často jedná o dosti bolestné způsoby sebevraždy jako upálení, rozpárání břicha a podobně. Výjimečné není ani opakované sebevražedné jednání. Tato zvýšená agresivita může být hodnocena jako pokus nemocného řešit svou situaci a zvládnout depresi, avšak také jako neschopnost zvládnout depresi jinak (Rahn, & Mahnkopf, 2000). Také u pacientů po nedokonaném suicidiu při následném vyšetření zpětně zjišťujeme depresivní příznaky. Přesto existují i pacienti, kteří navzdory svým dlouhodobým depresím nemají sebevražedné tendence, a naproti tomu jsou osoby, které i přes hojné suicidální představy depresivními symptomy netrpí (Koutek, & Kocourková, 2007).

Zde jsou určité příznaky sebevražedných úmyslů, objevující se u lidí s depresí, kdy dotyčný (Křivohlavý, 2003, s. 83-84):

- Hovoří o sebevraždě (v jakékoliv souvislosti).
- Mluví o tom, jak on by se zasebevraždil, kdyby chtěl.
- Pozorujeme u něho pocity beznaděje, bezmoci a ztráty smyslu života.
- Slyšíme z jeho úst nadnesené (nepřiměřeně zveličené) sebeobviňování.
- Dozvídáme se, že byl vystaven nadměrnému stresu (že byl ve velké osobní tísní).
- Máme dojem, že nebyl s to distres, do něhož se dostal, úspěšně zvládnout.
- Jeho zdravotní stav se v poslední době povážlivě zhoršil.
- Dozvídáme se, že špatně spí, případně trpí velkou nespavostí.
- Máme dojem, že se špatně orientuje ve své životní situaci (je dezorientován).
- Je beznadějný pesimista (čte intenzivně, případně až jen výlučně černou kroniku, sbírá zprávy o katastrofách atp.).



- Má tendenci být se vším nespokojen a je zároveň až příliš na něčem závislý.
- Ukazuje se, že má dobrou znalost způsobů, jak provést sebevraždu (sebevražedných technik).
- Objevily se u něho již pokusy o sebevraždu.
- Najednou se jeho nálada změnila k lepšímu a my se – falešně – domníváme, že tato náhlá změna je znamením obratu k lepšímu (ač ve skutečnosti může být způsobena jeho konečným a nezvratným rozhodnutím kdy, kde a jak sebevraždu provést).

Pokud se u člověka nemocného depresí už někdy objevily sebevražedné myšlenky, tak by si měl sestavit krizový plán. Ten obsahuje výčet situací, kdy se tyto myšlenky objevují a jak je dotyčný dokázal překonat. Dále obsahuje seznam situací, ve kterých by se sebevražedné myšlenky mohly objevit a způsoby, jak by se daly tyto situace překonat (Praško, Prašková, & Prašková, 2003).

Další možností při objevování sebevražedných myšlenek, je ujasnit si všechny momenty, které odpovídají kladům a záporům bytí a nebytí. Lidé se sebevražednými úmysly musí být vyslechnuti a podporováni v tom, aby své myšlenky, které je trápí, někomu pověřili (Křivohlavý, 2003).

Čím je nebezpečí suicidia akutnější, tím více vystupuje do popředí význam sedativní farmakoterapie, jelikož sama antidepresiva účinkují zpravidla až za delší dobu užívání. Vhodné je tedy podávání antipsychotik se sedativním účinkem. Rychle může zapůsobit i elektrokonvulzivní terapie (Praško, c2007).

Nebezpečnou komorbiditu z hlediska zvýšeného rizika suicidia tvoří deprese a úzkost. Přitom se tato kombinace deprese a úzkosti objevuje asi u 50 % depresivních osob, což přináší celkově větší závažnost onemocnění. Dá se říci, že deprese je považována za rizikový faktor pro vývoj úzkostné poruchy a úzkostné poruchy zase mají vliv na průběh deprese (Svoboda, Češková, & Kučerová, 2006). Další nebezpečnou komorbiditou je abúzus alkoholu (Borges, Walters, & Kessler, 2000).

Tématem souvislosti deprese a suicidálního chování se zabýval například MUDr. Michal Vimmer ve své kazuistice „Potíže s kauzalitou: Podíl halucinogenů, antidepresiv a isotretinoinu na rozvoji deprese a suicidálního chování“, kde tvrdí: „Lékaři denně rozhodují o léčbě chemicky čistými látkami, aniž vědí, jakou reakci

užití léku u daného člověka vyvolá. Spolehlivě homogenizované látky mohou někdy působit nevypočitatelně atypicky“ (Vimmer, 2008, s. 30).

### **3.3 Suicidium a problematika závislostí**

Koutek a Kocourková (2007) tvrdí, že mezi suicidálním jednáním a problematikou závislostí existuje úzká souvislost. Například dlouhodobé užívání alkoholu způsobuje depresi. Pro dokonané i nedokonané suicidium představuje abúzus (nadužívání) alkoholu nebo závislost na alkoholu výrazně rizikový faktor. Z literatury vyplývá, že 15 % závislých na alkoholu spáchá sebevraždu. Alkohol a jeho účinky využívá také mnoho suicidentů pro „dodání odvahy“ k suicidiu.

Drogová závislost rovněž náleží do skupiny rizikových faktorů pro suicidium. Některé odhady udávají, že 18 % závislých na drogách spáchá dokonané suicidium. Droga se také stává prostředkem, který je k sebevraždě použit. Složitým úkolem se pak stává, odlišit nezamýšlené předávkování od vědomého suicidálního jednání (Koutek, & Kocourková, 2007).

Izáková, Novotný a André ve své studii zjistili, že nejčastěji se v roce 2002 o suicidium pokusili lidé s endogenní depresí, závislí na psychoaktivních látkách a lidé s neurotickými poruchami. Zároveň až 67,27 % těch, kteří se v roce 2002 pokusili o sebevraždu, už někdy bylo v psychiatrické péči (Izáková, Novotný, & André, 2006). To možná svědčí též o ohrožené skupině závislých na návykových látkách v ústavní léčbě.

Existují názory a studie o tom, že i antidepresiva mohou riziko suicidia zvýšit. Toto je však spíše okrajová záležitost u maximálně 5 % léčených, kdy jsou sebevražedné tendence objektivně i subjektivně odlišné od suicidálních tendencí u deprese. Rozdíl tkví v jejich nutkavém charakteru, silném agresivním náboji a kritickém odstupu pacienta od nich (Maršálek, 1998). Obecně se však nedoporučuje podávat antidepresiva u závislosti na návykových látkách, pokud to není přímo indikováno pro určitý případ. Předepsání antidepresiv je jednoznačně doporučeno jen při současném výskytu diagnózy závislosti i afektivní poruchy. Diskutabilní je léčba antidepresivy u tzv. „abstinenční deprese“, „detoxifikační deprese“ a „deprese z odnětí“. Tato deprese totiž většinou odezní spontánně při abstinenci během léčby, avšak není vyloučeno, že antidepresiva mohou její ústup urychlit (Pokora, 2000).

Problematika patologického hráčství je se suicidálním jednáním spojena rovněž. Situace závislého hráče se pro obrovské dluhy stává bezvýchodnou, což vede k sebevražednému pokusu. Mnoho hráčů se k léčbě odhodlává až po tom, co se dostali do zdravotnického zařízení kvůli nedokonanému suicidiu (Koutek, & Kocourková, 2007).

Suicidalitu a bipolární afektivní poruchu zkoumala Látalová a Praško a jako rizikové faktory spojené se suicidalitou uvádějí například těžkou depresivní epizodu v anamnéze, nízké sebevědomí, pocity beznaděje, agresivitu, impulzivitu, přítomnost suicidálních myšlenek během depresivní fáze, závažnou anxiету, poruchy osobnosti (především hraniční, narcistickou a histriónskou), nikotinismus, abúzus alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek, stres, problémy v zaměstnání, sexuální nebo fyzické násilí, konflikty s příbuznými nebo životními partnery a absenci osoby, které by pacient mohl důvěřovat (Látalová, & Praško, 2009). Mnoho z těchto rizikových faktorů se jistě objevuje také u populace závislé či užívající návykové látky. Příloha 1. – 3. ukazuje smrtelná předávkování drogami v ČR v roce 2010, smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami v letech 1998-2010 a úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v roce 2010. Některé z těchto dat se mohou vázat se suicidii, bohužel však přesné zjištění, kdy se jednalo o nehodu a kdy o sebevraždu, je ve většině případů nemožné.

Ve studii z roku 1999 bylo zjištěno, že s ohledem na výsledné korelace mezi zneužíváním návykových látek a sebevraždami můžeme konstatovat, že výskyt sebevražd je u uživatelů drog vyšší než v běžné populaci. Sebevražedné myšlenky jsou spojeny s užíváním více drog najednou, což je dobrý ukazatel sebevražedných záměrů mezi drogovými uživateli. Toto koreluje také s absencí podpory rodiny zabíhající až do psychosociální nefunkčnosti, a žádostmi o léčbu. Z těchto důvodů by měl být klinicky vyšetřen na přítomnost sebevražedných myšlenek každý uživatel drog v léčbě, nejen tedy adiktologičtí pacienti s depresí či úzkostnými poruchami. Klinické vyšetření by se pak nemělo zabývat jen přítomností suicidálních myšlenek, ale také jejich intenzitou a dobou trvání (Mino, Bousquet, & Broers, 1999).

Existují četné spory týkající se diferenciací drogových úmrtí na suicidia a nehody, které vznikají většinou kvůli metodologii. Dodnes není jasné, zda měli

uživatelé drog po dokonání suicidiu jiné osobnostní rysy, než uživatelé drog zemřelí na náhodné předávkování (Kjelsberg, Neegaard, & Dahl, 1994). Také se zatím žádná studie nezabývala otázkou, zda se mají nezávažná předávkování mezi adolescenty a mladými uživateli drog považovat za suicidální pokusy (Mino, Bousquet, & Broers, 1999). Deykin a Buka (1994) navrhuji ptát se klientů na otázku: „Zkoušel jste se už někdy zabít?“. Rozdělení pokusů o sebevraždu však může být mnohem jemnější, pokud se zeptáme také na otázky jako: „Už jste se někdy předávkoval?“, a pokud by zněla odpověď kladně, tak by následovala otázka: „Byla to nehoda nebo ne?“.

Borges, Walters a Kessler (2000) ve své studii tvrdí, že klíčový je vztah mezi počtem užitých drog a nástupem sebevražedných myšlenek, které ovlivňují odpověď těla na dávku. Skutečnost, že neexistuje souvislost mezi počtem užitých substancí a neplánovanými suicidii mezi lidmi se sebevražednými myšlenkami znamená, že procesy podílející se na vzájemném ovlivňování užívání a suicidálních myšlenek jsou odlišné od těch, ve kterých se spojuje užívání a progresse myšlenek vedoucí k neplánovanému pokusu o sebevraždu. Nemáme žádnou možnost zjistit, jaké tyto procesy mohou být, ale je pozoruhodné, že představují spíše aktuální faktory, než celoživotní faktory užívání. Výsledky této studie naznačují, že uživatel drog se suicidálními myšlenkami je ohrožen zvýšeným rizikem prvního suicidálního pokusu, ačkoli nemá vytvořený suicidální plán. To je důležitý výsledek, protože se obvykle přítomnost sebevražedného plánu považuje za klíčový ukazatel rizika sebevražednosti. Dle výsledků studie to však vypadá, že je zatím známo jen málo o prediktorech sebevražedných pokusů mezi lidmi bez suicidálního plánu, pro které nejspíš neplatí prediktory jako u lidí se suicidálním plánem.

### **3.4 Deprese a problematika závislostí**

Je možné rozlišovat z etiologického hlediska dvě skupiny komorbidních uživatelů drog. První psychiatricky nemocnou skupinu tvoří ti, jejichž primárním onemocněním je cokoli mimo skupinu F.10 až F.19. Tito lidé začínají totiž psychoaktivní látky užívat povětšinou v důsledku tohoto primárního onemocnění jako sebededikaci. Tento model je častý u depresivních a úzkostných poruch v kombinaci s užíváním alkoholu, nebo sedativních léků

bez lékařského předpisu či kombinace obojího. Toto užívání je velmi zrádné, jelikož dočasně může pacientovi opravdu od potíží ulevit. Druhou skupinu psychiatricky nemocných tvoří pacienti, u kterých například v důsledku masivního užívání metamfetaminu, došlo k organickým poškozením doprovázeným určitými kognitivními deficity (Miovská, Miovský, & Kalina, 2008). Míra prevalence mírné depresivní poruchy se u léčených uživatelů drog pohybovala na 40,3 %, u těžké depresivní poruchy u léčených uživatelů drog to bylo 26,9 % (Weaver, Charles, Madden, & Renton, 2002).

U samotných antidepresiv všech typů byly popsány odvykací symptomy, ale nebyl zjištěn rozvoj tolerance. Antidepresiva tudíž obvykle nebývají považována za návyková (Young, Currie, & Ashton, 1997). Přesto však existuje černý trh s antidepresivy jak tricyklickými, tak i SSRI, což poukazuje na jisté zneužívání (Cohen, 2002).

### **3.5 Deprese a užívání návykových látek**

Alkohol a jiné návykové látky mohou depresivní pacienti pro navození změny prožívání užívat častěji, aby se zbavili smutku a napětí. Toto „řešení“ deprese pomocí alkoholu a drog však přináší mnoho nebezpečí (Praško, Prašková, & Prašková, 2003):

- Může zhoršovat psychické potíže a zkreslovat jejich příznaky.
- Následující den po jejich užití, dochází obvykle k velkému zhoršení deprese.
- Tyto látky mohou vytvářet nečekané reakce v kombinaci s léky na depresi.
- Mohou znovu aktivovat psychické problémy, které nejsou přítomny a byly doléčeny.
- Alkohol obecně zvyšuje agresivitu a může způsobit výskyt depresivních symptomů.

Ideální je se drogám a alkoholu vyhýbat a v bezpříznakovém období je nutné konzultovat požití malého množství alkoholu se svým psychiatrem. Depresivní člověk by si měl odpovědět na to, jestli se snaží změnit svou depresivní náladu pomocí drog a alkoholu, ve kterých situacích k tomuto dochází a jaké myšlenky tomu předcházejí. Důležité je odpovědět si také, jak vypadá tento bludný kruh užití návykové látky, jaké má důsledky a jak lze této falešné sebemedikaci předejít. Je dobré zjistit si svůj týdenní příjem alkoholu v jednotkách,

které pacient vypije. Jedna jednotka alkoholu činí 0,5 l piva, nebo 0,5 dl 40% destilátu či 2 dl vína, anebo 1 dl sherry, vermutu, aperitivu či jiného asi 20% alkoholického nápoje. Pro muže je pak bezpečná hranice 21 jednotek alkoholu vypitých rovnoměrně během jednoho týdne, pro ženy je to 14 jednotek. Pro lidi trpící depresí je však tato obecně bezpečná hranice těžko zjištělná. Mezi ohrožující patří také jiné drogy než alkohol. Jsou jimi nelegální drogy, léky, ale i tabák a kofein. Kofein, ačkoli se to nezdá, může vést k panice, třesu, úzkosti, narušuje spánek, myšlení i koncentraci. K depresi však může vést primárně právě nadměrná konzumace alkoholu či závislost na drogách (Praško, Prašková, & Prašková, 2003).

## **4. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ SOUVISLOSTI RIZIKA SUICIDIA A DEPRESIVNÍCH SYMPTOMŮ U PACIENTŮ – MUŽŮ ZÁVISLÝCH NA NEALKOHOLOVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH V ÚSTAVNÍ LÉČBĚ VE VYBRANÝCH ZAŘÍZENÍCH V ČR**

### **4.1 Cíl práce, hypotézy**

Ústředním cílem této práce je zjištění a srovnání rizika suicidia s výskytem depresivních symptomů u mužů – závislých na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě ve vybraných psychiatrických léčebnách v České republice.

Byly formulovány tyto hypotézy:

1. Výsledek suicidálního rizika zjišťovaného Pöldingerovým dotazníkem bude středně vysoký až vysoce rizikový (6-16 bodů) u pacientů, kteří budou také vysoce skórovat u Beckova inventáře deprese (27-63 bodů - těžká forma deprese).
2. Středně vysoké suicidální riziko (6-10 bodů) zjištěné u pacientů Pöldingerovým dotazníkem bude spojeno s určitou mírou zjištěných depresivních symptomů (znamenajících slabou až těžkou formu deprese 12-63 bodů) Beckovým inventářem deprese.

3. Vyšší skóre u depresivních symptomů (znamenající mírnou až těžkou formu deprese 20-63 bodů) zjištěných u pacientů Beckovým inventářem deprese nebude znamenat automaticky také zjištění středně vysokého až vysokého suicidálního rizika (6-16 bodů) zjišťovaného Pöldingerovým dotazníkem.

4. V případě nízkého skóre depresivních symptomů zjištěného u pacientů pomocí Beckova inventáře deprese (znamenající žádnou depresi 0–11 bodů) bude skóre Pöldingerova dotazníku také nízké (0-5 bodů).

## **4.2 Realizace práce**

### **4.2.1 Popis realizace**

Rozhodla jsem se zpracovávat téma „Souvislost rizika suicidia a depresivních symptomů u pacientů – mužů závislých na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě ve vybraných zařízeních v ČR“, jelikož jsem se v bakalářské práci věnovala problematice suicidia. Touto prací jsem chtěla na předchozí téma navázat a propojit ho s adiktologickou problematikou. Ke zjištění rizika suicidia jsem použila Pöldingerův dotazník a ke zjištění výskytu depresivních symptomů jsem zvolila Beckův inventář deprese. Pro větší rozmanitost získaných dat o klientech jsem vypracovala také dotazník na anamnestické údaje.

Z Českého statistického úřadu mi byl na žádost zaslán seznam deseti největších psychiatrických léčeben v České republice. Po bližším seznámení s jednotlivými léčebnami pomocí jejich internetových stránek, emailové a telefonické komunikace, jsem oslovila za účelem realizace výzkumného šetření sedm psychiatrických léčeben. Jednalo se o PL Bohnice, PL Opava, PL Havlíčkův Brod, PL Kosmonosy, PL Jihlava, PL Šternberk a PL Horní Beřkovice. Do pěti z nich jsem po domluvě osobně jela dotazníky od pacientů sesbírat a dvě léčebny mi dotazníky od pacientů sesbírali a poslali poštou. Všechny tyto vybrané léčebny provozují ústavní léčbu pacientů - mužů závislých na nealkoholových návykových látkách, která standardně trvá 3–6 měsíců. Výjimečně však lze léčbu prodloužit. Do mého výzkumného souboru se též mohli dostat pacienti se soudně nařízenou léčbou.

Celkem bylo sesbíráno 269 dotazníků (91 dotazníků od každého ze tří zvolených typů dotazníků) od 91 léčících se pacientů. Každý pacient vyplnil tři shodně označené dotazníky, aby mohly být všechny tři dotazníky vyhodnocovány za jednoho určitého pacienta. Hodnoceno však bylo 267 dotazníků (89 dotazníků od každého ze tří typů zvolených dotazníků). Dva respondenti totiž museli být z výzkumného šetření vyloučeni, protože neodpovídali cílové skupině výzkumného šetření.

### **4.3 Metodologie výzkumného šetření**

#### **4.3.1 Anamnestický dotazník**

Anamnestický dotazník jsem vytvořila, aby byla data o zkoumané populaci pestřejší. Anamnestický dotazník zjišťoval základní údaje jako například věk, rodinný stav, vzdělání, stálost zaměstnání a socioekonomický status. Dále se zaměřoval také na specificky adiktologické otázky jako počet absolvovaných léčeb ze závislosti, délku aktuální léčby závislosti, hlavní užívanou drogu, délku závislosti a délku abstinence zvláště od alkoholu a od nealkoholových drog. Přesné znění dotazníku je uvedeno v příloze 4.

#### **4.3.2 Beckův inventář deprese**

Beckův inventář deprese v českém jazyce byl zveřejněn v roce 1995 v knize „Slabé nésti“ od Samuela Pfeiffera. Tento inventář mohou používat i pomáhající profese mimo lékaře a psychiatry. Inventář neurčí, jestli lze člověka opravdu diagnostikovat jako člověka s depresí, ale odhalí určitou míru vyskytujících se depresivních symptomů. Copyright anglického znění pro tuto metodu existuje z roku 1978 od autora Arona T. Becka M.D. (Křivohlavý, 1997).

Důvodem pro zvolení právě Beckova inventáře deprese je to, že se dotazník ptá na týden starou minulost (Křivohlavý, 1997). Z toho vyplývá, že klient by měl ve chvíli vyplňování tohoto dotazníku být už 7 dní v léčbě. Tato podmínka mě pak tolik neomezuje, jako kdybych použila např. Posuzovací stupnici tíže deprese PHQ-9, která se ptá na 2 týdny starou minulost (Raboch, & Laňková, 2008). V případě použití PHQ-9 bych totiž nezachytila klienty, kteří byli v léčbě méně než 2 týdny. Naopak v Zungově škále pro hodnocení deprese, není určen konkrétní časový údaj, za který by měli pacienti na otázky v dotazníku odpovídat



(Laňková, & Siblíková, 2004). Nejvhodněji na mne tedy z hlediska časového ohraničení zapůsobil Beckův inventář deprese.

Beckův inventář deprese celkem obsahuje 21 dimenzí odpovídajících zkoumaným hlediskům, které hrají při depresi určitou roli. Každá dimenze je označena písmenem a je zastoupena třemi až čtyřmi výroky (Křivohlavý, 2003).

**Tabulka 1: Dimenze Beckova inventáře deprese (Křivohlavý, 2003, s. 171-172)**

<b>A</b>	dysforie (špatná nálada)	<b>L</b>	narušení kontaktů
<b>B</b>	beznaděje	<b>M</b>	neschopnost rozhodování
<b>C</b>	pocit, že jsem selhal	<b>N</b>	negativní představy o sobě samém
<b>D</b>	narušený vztah k objektu	<b>O</b>	neschopnost práce
<b>E</b>	pocit viny	<b>P</b>	poruchy spánku
<b>F</b>	potřeba trestu	<b>Q</b>	únavnost
<b>G</b>	nenávisť sebe sama	<b>R</b>	ztráta chuti
<b>H</b>	vlastní výčitky	<b>S</b>	úbytek na váze
<b>I</b>	sebevražednost	<b>T</b>	hypochondrie (těžkomyslnost, splín)
<b>J</b>	pláč	<b>U</b>	ztráta libida (sexuálních zájmů)
<b>K</b>	dráždivost		

Respondent si při vyplňování tohoto inventáře vybírá ze čtyř možností výrok, který jeho situaci v posledních 7 dnech včetně dnešního dne nejlépe vystihuje. V dimenzi označené písmenem „C“ si vybírá pouze ze tří výroků. Je dovoleno zakroužkovat více výroků, pokud je respondent toho názoru, že se k jeho stavu hodí ve stejné míře. Každý výrok je označen čísly 0–4, případně dimenze „C“ čísly 0–3 (Křivohlavý, 1997). Celý dotazník je uveden v příloze 5.

### **Vyhodnocení Beckova inventáře deprese**

Výroky dotazníku pro jednotlivé dimenze jsou očíslovány tak, že čím mají vyšší hodnotu (nejvyšší hodnota jednoho výroku je 4, respektive u dimenze „C“ je to 3), tím výrok odkazuje na závažnější míru depresivního symptomu. Pokud je hodnota výroku 0, znamená to, že depresivní symptom v této dimenzi není

přítomen. Inventář se vyhodnocuje sečtením číselných hodnot vybraných výroků. Pokud respondent zvolí u jedné dimenze více výroků, počítáme do výsledné hodnoty pouze ten s nejvyšším číselným označením. Výsledkem je pak číselný údaj – celkové skóre respondenta. Skóre se může pohybovat od 0 do 63 bodů (Křivohlavý, 2003).

Celkové skóre se pak porovnává s tímto rozdělením výsledků sahajícím od žádné deprese, přes slabou depresi, mírnou depresi až k těžké (silné) formě deprese (Křivohlavý, 2003).

**Tabulka 2: Vyhodnocení Beckova inventáře deprese (Křivohlavý, 2003, s. 171)**

Počet bodů	Oč asi jde
0-11	žádná deprese
12-19	slabá deprese
20-26	mírná deprese
26-63	těžká (silná) forma deprese

Čím je potom skóre vyšší než 26, tím je nejspíš i těžší daná deprese. Pokud však výsledek přesáhl 20 bodů, je doporučeno vyhledat odbornou pomoc u psychologa, lékaře nebo psychiatra. Tam, kde skóre přesáhlo 26 bodů, měla by být odborná pomoc vyhledána okamžitě. To samé platí také v případě, že je v dimenzi „I“ zabývající se rizikem suicidia hodnota zvoleného výroku vyšší než 1 (Křivohlavý, 2003).

#### **4.3.3 Pöldingerův dotazník**

Pöldingerův dotazník je nástrojem k rozpoznání míry suicidálního rizika. Může být používán pomáhajícími profesemi i mimo lékaře a psychology. Důvodem použití Pöldingerova dotazníku je to, že byl uveden v publikaci: „Deprese: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře“, která byla vydána Společností všeobecného lékařství ČLS JEP. Tuto publikaci považuji za zdroj obsahující doporučení vhodné na české prostředí. Dotazník obsahuje 16 otázek, na které respondent odpovídá buď „ANO“, nebo „NE“ (Laňková, & Siblíková, 2004). Pöldingerův dotazník je také uveden v knize „Psychiatrie: Učebnice pro studium a praxi“ od autorů Rahn a Mahnkopf. Zde se

však uvádí pod názvem „Katalog otázek k odhadu suicidality“. Pöldinger vypracoval tento dotazník na základě poznatků o presuicidálním syndromu a anamnestických známek zvýšeného rizika suicidálního jednání. Jeho cílem bylo, aby mohl dotazník sloužit jako měřítko bazální suicidality. Tento dotazník však přesto nemůže nahradit objasňující rozhovor (Rahn, & Mahnkopf, 2000). Pöldingerův dotazník je uveden v příloze 6.

### **Vyhodnocení Pöldingerova dotazníku**

K vyhodnocení tohoto dotazníku náleží instrukce, že čím je zodpovězeno více otázek s číslem 1–11 „ANO“ a čím více je zodpovězeno otázek s číslem 12–16 „NE“, tak tím vyšší je suicidální riziko (Laňková, & Siblíková, 2004). Každá odpověď „ANO“ v otázkách číslo 1–11 a odpověď „NE“ v otázkách číslo 12–16 je hodnocena 1 bodem. Pokud jsou otázky číslo 1–11 zodpovězeny „NE“ a otázky číslo 12–16 jsou zodpovězeny „ANO“, hodíme tyto odpovědi 0 body. Maximální počet získaných bodů je tedy 16, minimální počet je 0 bodů. Žádnou další instrukci k oficiálnímu rozdělení jednotlivých výsledků pro jejich srovnávání, jsem v české ani dostupné zahraniční literatuře nenalezla. Proto jsem se pokusila s tímto problémem kontaktovat i autorky výše uvedené publikace MUDr. Laňkovou a MUDr. Siblíkovou. MUDr. Siblíková odpověděla, že tento dotazník přinesla do jejich publikace MUDr. Laňková a že bohužel neví o žádných vyhodnocovacích kritériích tohoto dotazníku. Sama jsem si tedy po předchozí konzultaci s vedoucí práce určila rozmezí pro vyhodnocení Pöldingerova dotazníku následovně.

**Tabulka 3: Vyhodnocení Pöldingerova dotazníku**

Počet bodů	Oč asi jde
<b>0-5</b>	nízké riziko suicidia
<b>6-10</b>	středně vysoké riziko suicidia
<b>11-16</b>	vysoké riziko suicidia

#### **4.3.4 Charakteristika výzkumného souboru**

Do souboru byli zařazeni klienti – muži z PL Bohnice, PL Opava, PL Havlíčkův Brod, PL Kosmonosy, PL Jihlava, PL Šternberk a PL Horní Beřkovice léčící se zde ze závislosti na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě.

Celkem bylo sesbíráno 269 dotazníků od 91 pacientů. Od každého klienta byly vysbírány tři typy dotazníků – anamnestický dotazník, Beckův inventář deprese a Pöldingerův dotazník. Mezi respondenty závislé na nealkoholových návykových látkách byli zařazeni i klienti s lékovou závislostí. Dva respondenti však museli být z výzkumného šetření vyloučeni, jelikož nesplňovali definovaná kritéria. Jeden z důvodů kratšího pobytu v ústavní léčbě než 7 dní, za které respondenti hodnotí Beckův inventář deprese. Druhý vyřazený klient nesplňoval podmínku léčby ze závislosti na nealkoholových návykových látkách, jelikož jako svou hlavní drogu uvedl alkohol. Hodnoceno tedy bylo 267 dotazníků od 89 pacientů.

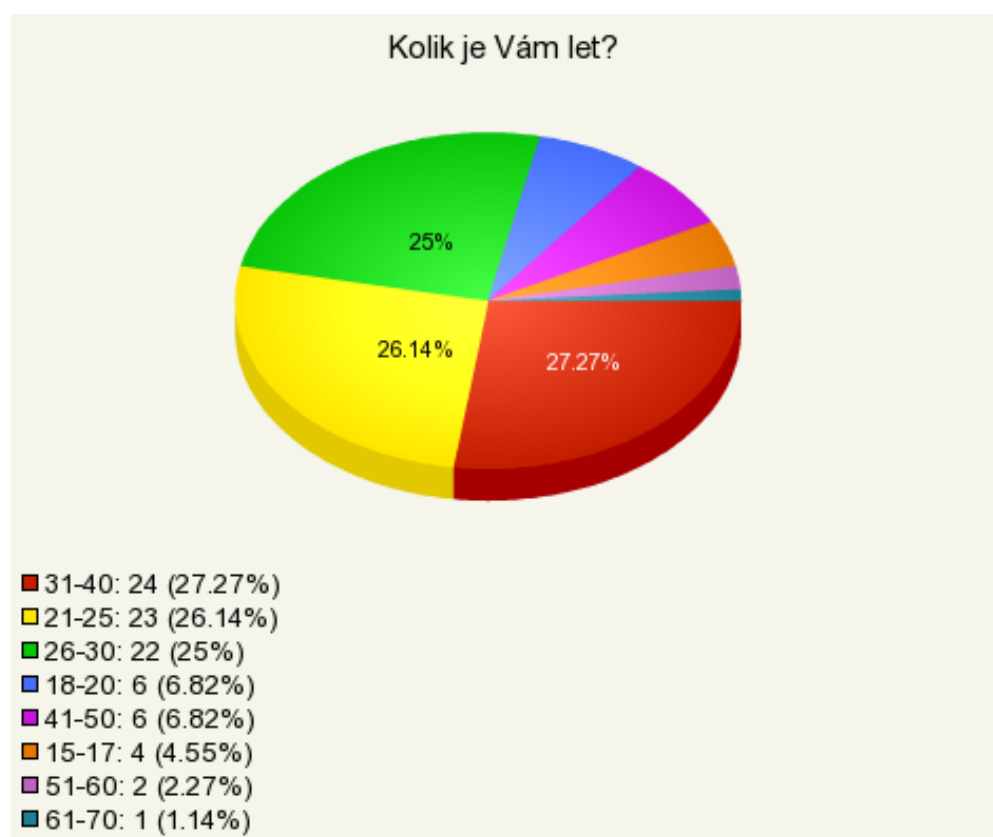
V celém výzkumném souboru je tedy 89 mužů, jejichž věk se nejčastěji pohybuje mezi 21-40 lety. Podrobné údaje o rodinném stavu, vzdělání, socioekonomickém statusu, stálosti zaměstnání, počtu absolvovaných léčeb, délce aktuální léčby, hlavní droze, délce závislosti a délce abstinence od alkoholu a od drog poskytují následující tabulky. Pokud respondent na otázku neodpověděl, tak tato otázka nebyla hodnocena. Proto může být někdy součet respondentů odpovídající na otázku nižší než je celkový počet respondentů, tedy nižší než 89.

Tabulka 4 ukazuje rozložení věku podle intervalů pro celý soubor. Nejčastějším věkovým intervalem je interval 31–40 let u 27,27 % celého souboru, k němuž se přihlásilo 24 respondentů. S počtem 23 respondentů je druhým nejčastějším věkovým intervalem interval 21-25 let u 26,14 % celého souboru. Třetím nejčastějším věkovým intervalem je interval 26-30 let u 25 % celého souboru, který tvoří 22 respondentů. Ostatní věkové intervaly jsou zastoupeny výrazně méně. Na tuto otázku zjišťující věk, neodpověděl 1 respondent.

**Tabulka 4: Anamnestické údaje - věk**

Věkový interval	Celý soubor	Celý soubor (%)
15-17	4	4,55 %
18-20	6	6,82 %
21-25	23	26,14 %
26-30	22	25 %
31-40	24	27,27 %
41-50	6	6,82 %
51-60	2	2,27 %
61-70	1	1,14 %

**Graf 1: Anamnestické údaje - věk**



Tabulka 5 ukazuje rozložení rodinného stavu pro celý soubor. Nejčastější je v celém souboru rodinný stav svobodný u 77 respondentů čili u 86,52 % celého souboru.

**Tabulka 5: Anamnestické údaje – rodinný stav**

Rodinný stav	Celý soubor	Celý soubor (%)
Svobodný	77	86,52 %
Ženatý	8	8,99 %
Rozvedený	4	4,49 %
Vdovec	0	0 %

**Graf 2: Anamnestické údaje – rodinný stav**



Tabulka 6 ukazuje rozložení nejvyššího dosaženého vzdělání pro celý soubor. Nejčastějším nevyšším dosaženým vzděláním je vyučení s výučním listem u 33 respondentů čili u 37,08 % celého souboru. Velmi podobný výsledek má základní vzdělání s 31 respondenty, což je 34,83 % celého souboru.

**Tabulka 6: Anamnestické údaje – nejvyšší dosažené vzdělání**

Nejvyšší dosažené vzdělání	Celý soubor	Celý soubor (%)
Bez vzdělání	0	0 %
Základní vzdělání	31	34,83 %
Vyučení s výučním listem	33	37,08 %
Odborné vyučení s maturitou	3	3,37 %
Střední škola s maturitou	19	21,35 %
Vysoká škola	3	3,37 %

**Graf 3: Anamnestické údaje – nejvyšší dosažené vzdělání**



Tabulka 7 ukazuje stálost zaměstnání celého souboru. Nejčastěji respondenti uváděli, že nemají stálé zaměstnání. Toto odpovídalo 66 respondentů, což je 76,74 % celého souboru. Dva respondenti uvedli, že jsou studenty a jeden, že je důchodcem. Jejich odpovědi do této tabulky nejsou zahrnuty.

**Tabulka 7: Anamnestické údaje – stálé zaměstnání**

Stálé zaměstnání	Celý soubor	Celý soubor (%)
Ano	20	23,26 %
Ne	66	76,74 %

**Graf 4: Anamnestické údaje – stálé zaměstnání**



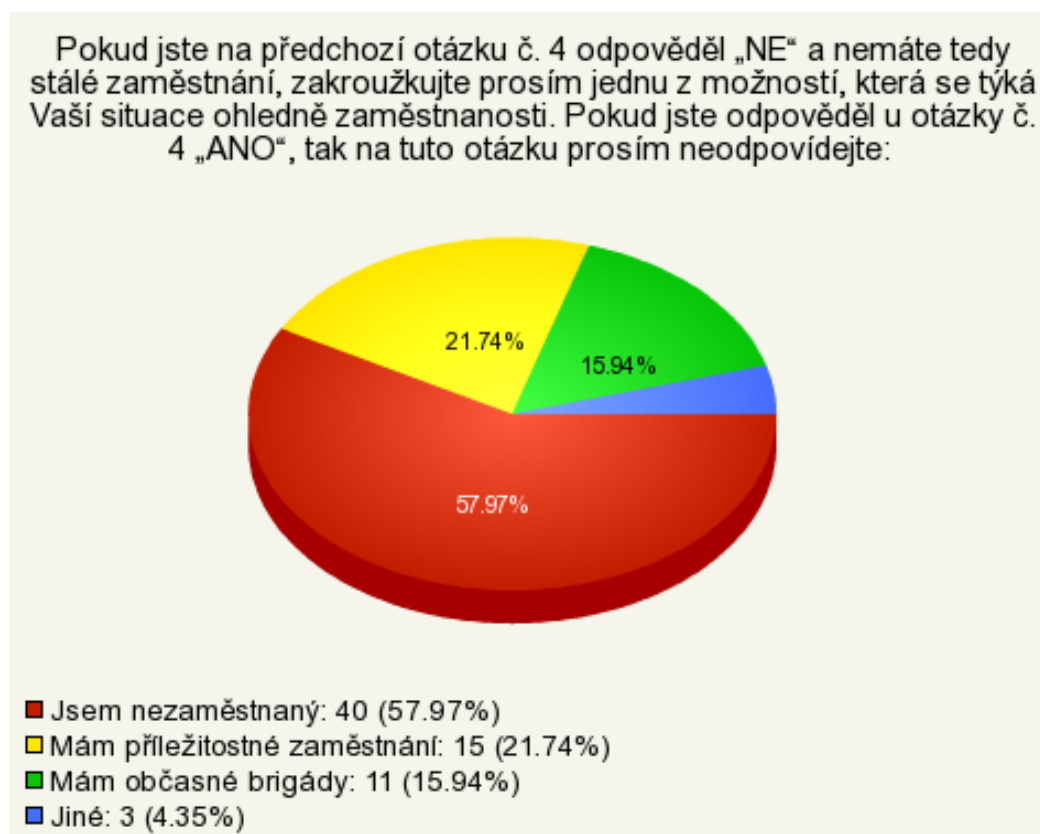
Respondentů, kteří odpověděli, že nemají stálé zaměstnání, je 66 (76,74 %). Tito respondenti dále blíže charakterizují svou situaci ohledně zaměstnání, která je uvedena v tabulce 8 a nejčastěji uvádí, že jsou nezaměstnaní v 57,97 %. Tento výsledek splňuje 40 respondentů. V možnostech nebyla uvedena položka „student“ a „důchodce“. Přesto 2 respondenti dopsali, že jsou studenti a 1 respondent napsal, že je důchodce, což zde odpovídá kategorii „Jiné“.



**Tabulka 8: Anamnestické údaje – charakteristika situace ohledně zaměstnání u respondentů, kteří nemají stálé zaměstnání**

Charakteristika situace ohledně zaměstnání u respondentů s nestálým zaměstnáním	Respondenti, kteří nemají stálé zaměstnání	Respondenti, kteří nemají stálé zaměstnání (%)
Příležitostné zaměstnání	15	21,74 %
Občasné brigády	11	15,94 %
Nezaměstnanost	40	57,97 %
Jiné	3	4,35 %

**Graf 5: Anamnestické údaje – charakteristika situace ohledně zaměstnání u respondentů, kteří nemají stálé zaměstnání**



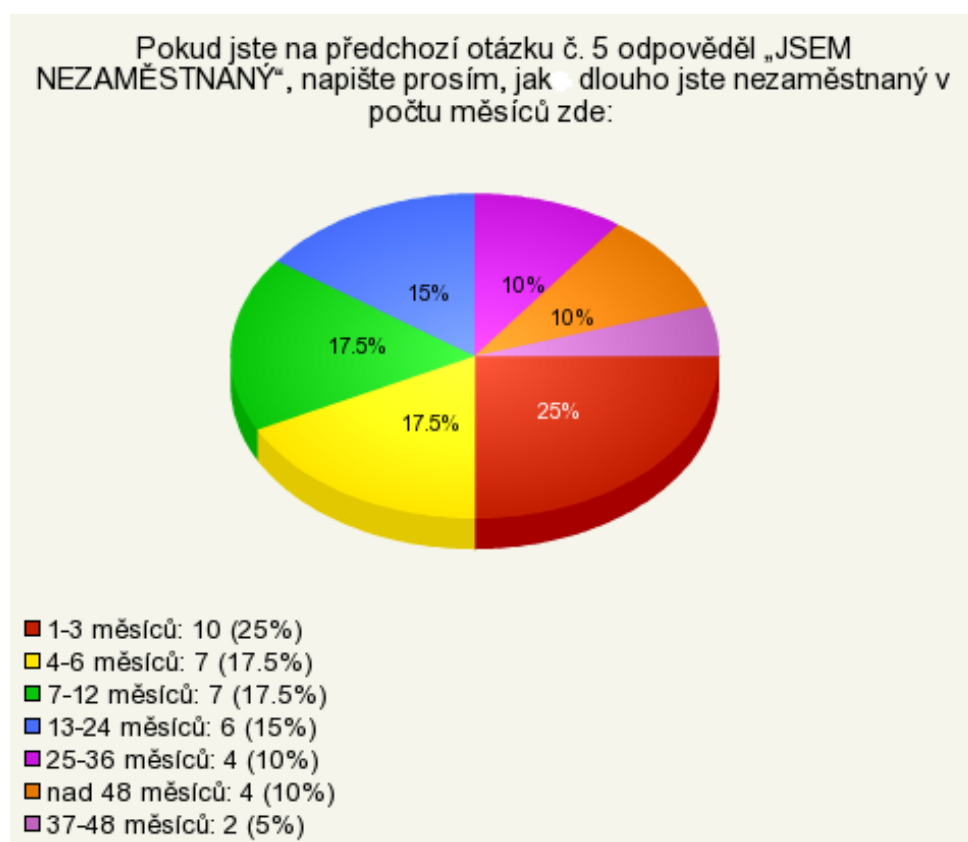
Respondenti, kteří odpověděli, že jsou nezaměstnaní, uvádí dobu jejich nezaměstnanosti v počtu měsíců nejčastěji v intervalu 1-3 měsíců. Toto splňuje

25 % respondentů z těch, kteří nemají stálé zaměstnání, což je 10 respondentů. Další údaje o rozložení délky nezaměstnanosti respondentů ukazuje tabulka 9.

**Tabulka 9: Anamnestické údaje – délka nezaměstnanosti v počtu měsíců**

Délka nezaměstnanosti v počtu měsíců	Nezaměstnaní respondenti	Nezaměstnaní respondenti (%)
Do 1 měsíce	0	0 %
1-3 měsíců	10	25 %
4-6 měsíců	7	17,5 %
7-12 měsíců	7	17,5 %
13-24 měsíců	6	15 %
25-36 měsíců	4	10 %
37-48 měsíců	2	5 %
nad 48 měsíců	4	10 %

**Graf 6: Anamnestické údaje – délka nezaměstnanosti v počtu měsíců**



Tabulka 10 ukazuje rozložení socioekonomického statusu rodiny respondentů celého souboru. Nejvíce respondentů uvádělo, že jejich rodina má socioekonomický status střední třída. Toto uvádělo 75 % celého souboru čili 66 respondentů. Na tuto otázku neodpověděl 1 respondent.

**Tabulka 10: Anamnestické údaje – socioekonomický status rodiny respondentů**

Socioekonomický status rodiny respondentů	Celý soubor	Celý soubor (%)
Nižší třída	13	14,77 %
Střední třída	66	75 %
Vyšší třída	9	10,23 %

**Graf 7: Anamnestické údaje – socioekonomický status rodiny respondentů**

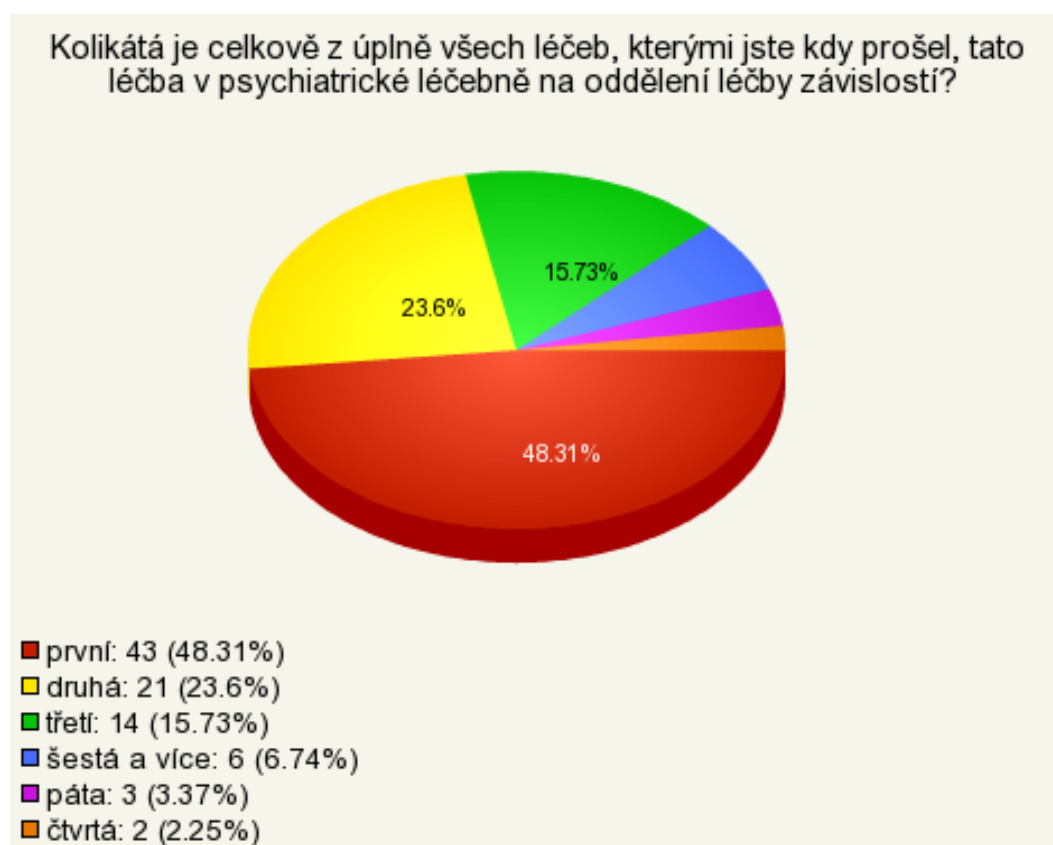


Tabulka 11 uvádí rozložení toho, kolikátou léčbu respondenti v tuto chvíli v psychiatrické léčebně na oddělení léčby závislostí prodělávají ze všech předchozích léčeb či pokusů o léčbu. Nejčastějším pořadím léčby byla léčba první u 48,31 % celého souboru, což činí 43 respondentů.

**Tabulka 11: Anamnestické údaje – celkové pořadí nynější léčby**

Celkové pořadí nynější léčby	Celý soubor	Celý soubor (%)
první	43	48,31 %
druhá	21	23,6 %
třetí	14	15,73 %
čtvrtá	2	2,25 %
pátá	3	3,37 %
šestá a více	6	6,74 %

**Graf 8: Anamnestické údaje – celkové pořadí nynější léčby**

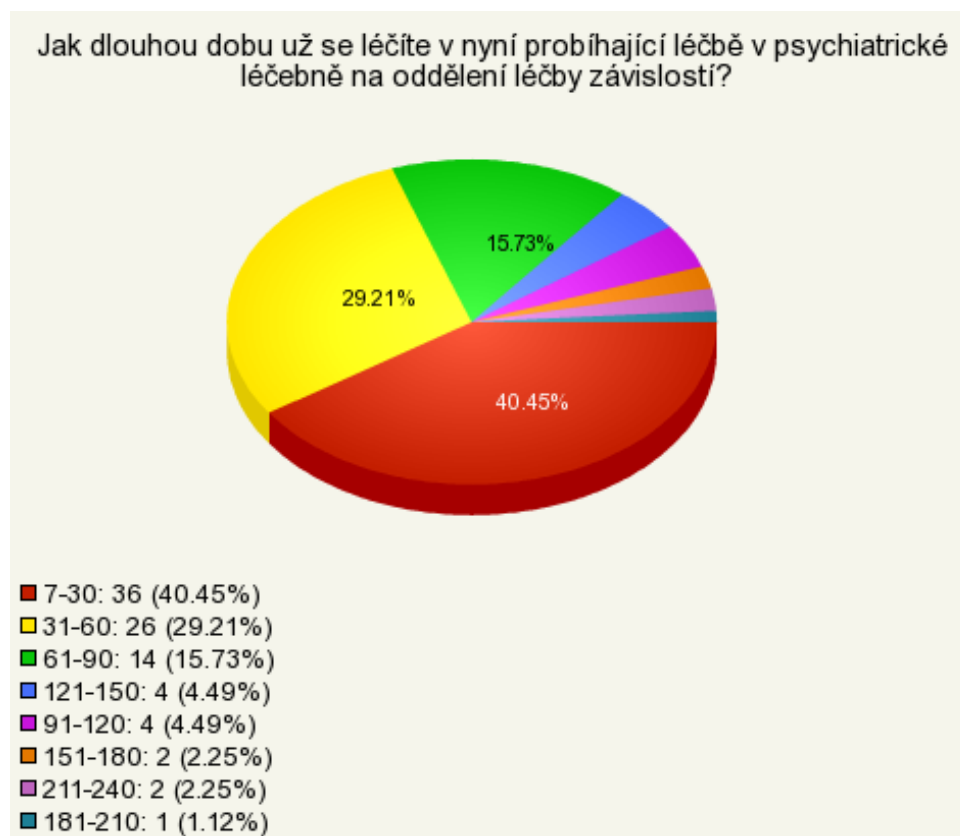


Délku aktuálně probíhající léčby v psychiatrické léčebně na oddělení léčby závislostí celého souboru v počtu dní v určených intervalech označuje tabulka 12. Nejčastěji respondenti uváděli, že jejich aktuální léčba v psychiatrické léčebně na oddělení závislostí se pohybuje v intervalu 7-30 dní. Toto uvedlo 40,45 % celého souboru, což je 36 respondentů.

**Tabulka 12: Anamnestické údaje – délka aktuálně probíhající léčby v počtu dní**

Délka aktuálně probíhající léčby v počtu dní	Celý soubor	Celý soubor (%)
7-30	36	40,45 %
31-60	26	29,21 %
61-90	14	15,73 %
91-120	4	4,49 %
121-150	4	4,49 %
151-180	2	2,25 %
181-210	1	1,12 %
211-240	2	2,25 %

**Graf 9: Anamnestické údaje – délka aktuálně probíhající léčby v počtu dní**



Rozložení hlavních užívaných drog celého souboru ukazuje tabulka 13. Nejvíce respondentů označilo jako svou hlavní užívanou drogu pervitin. Tuto drogu označilo jako svou hlavní 42,7 % celého souboru, což činí 38 respondentů. Do položky „Jiné“ jsem zařadila 3 respondenty, kteří uvedli užívání jen jedné návykové látky, a to suboxonu, opia a toluenu. Šest respondentů uvedlo užívání léků, konkrétně Tramadolu, Stilnoxu, Dormica, Hypnogenu, Neurolu a kombinaci neurolu a dalších benzodiazepinů. Do položky „Marihuana a konopné drogy“ jsem zařadila respondenty, kteří uvedli jako hlavní drogu marihuanu, hašiš nebo jejich kombinaci. Položka „Konopné drogy a pervitin“ představuje užívání marihuany, hašiše nebo jejich kombinace ve spojení s pervitinem.

**Tabulka 13: Anamnestické údaje – hlavní užívaná droga**

Hlavní užívaná droga	Celý soubor	Celý soubor (%)
Marihuana, konopné drogy	15	16,85 %
Pervitin	38	42,7 %
Heroin	6	6,74 %
Léky	6	6,74 %
Kokain	1	1,12 %
Konopné drogy a pervitin	13	14,61 %
Užívání více drog	7	7,87 %
Jiné	3	3,37 %

**Graf 10: Anamnestické údaje – hlavní užívaná droga**



Tabulka 14 ukazuje rozložení hlavních užívaných drog celého souboru s tím, že bylo zadáno současně více hlavních drog za jednoho respondenta, pokud více drog jako své hlavní uvedl. To je důvodem vyššího počtu odpovědí než počtu respondentů. Tímto způsobem je více viditelná než u předchozí tabulky 13 i kategorie „Užívání více drog“. Jednotlivé kategorie hlavních užívaných drog jsou zvoleny dle odpovědí uživatelů. Výjimkou je kategorie „Léky“, kde jsou započítány odpovědi, které uváděli Tramadol, Stilnox, Dormicum, Hypnogen, Neurol, kombinaci Neurolu a benzodiazepinů. Dále jsou však v kategorii „Léky“ uvedeny odpovědi, které byly v tabulce 13 uvedeny pod kategorií „Užívání více drog“, protože obsahovaly kromě léků i další návykové látky. Dalšími léky jsou zde tedy analgetika, OxyContin a dvakrát benzodiazepiny. Kategorie „Opiáty“ a „Léky“ se může překrývat, přesto jsem však kategorii „Opiáty“ dle odpovědí respondentů zvolila jako samostatnou. Ačkoli opium patří v podstatě pod kategorii „Opiáty“, tak je zde zařazeno samostatně, jelikož respondent uvedl jako svou hlavní drogu

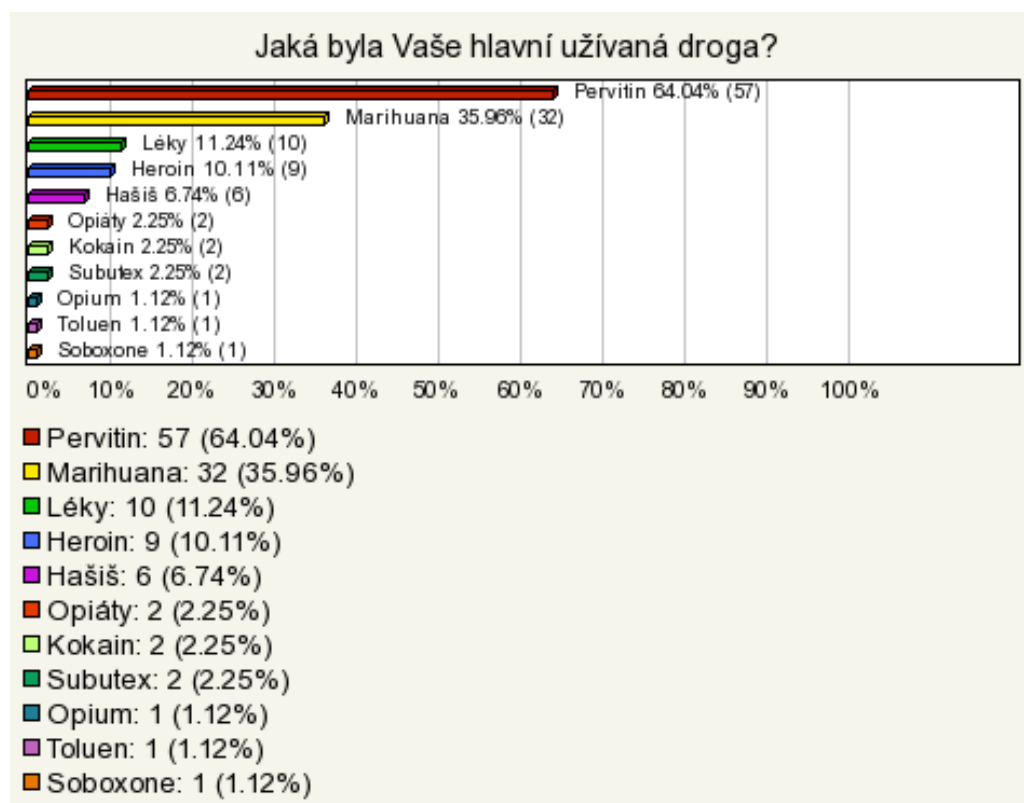
jen opium. Ostatní dva respondenti, jejichž odpovědi jsou zařazeny pod „opiáty“, uvedli pouze toto obecné označení svých hlavních užívaných drog.

**Tabulka 14: Anamnestické údaje – hlavní užívaná droga s možností zadat u jednoho respondenta více odpovědí**

Hlavní užívaná droga	Celý soubor	Celý soubor (%)
Marihuana	32	35,96 %
Hašiš	6	6,74 %
Pervitin	57	64,04 %
Heroin	9	10,11 %
Léky	10	11,24 %
Kokain	2	2,25 %
Opiáty	2	2,25 %
Subutex	2	2,25 %
Suboxone	1	1,12 %
Toluen	1	1,12 %
Opium	1	1,12 %



**Graf 11: Anamnestické údaje – hlavní užívaná droga s možností zadat u jednoho respondenta více odpovědí**

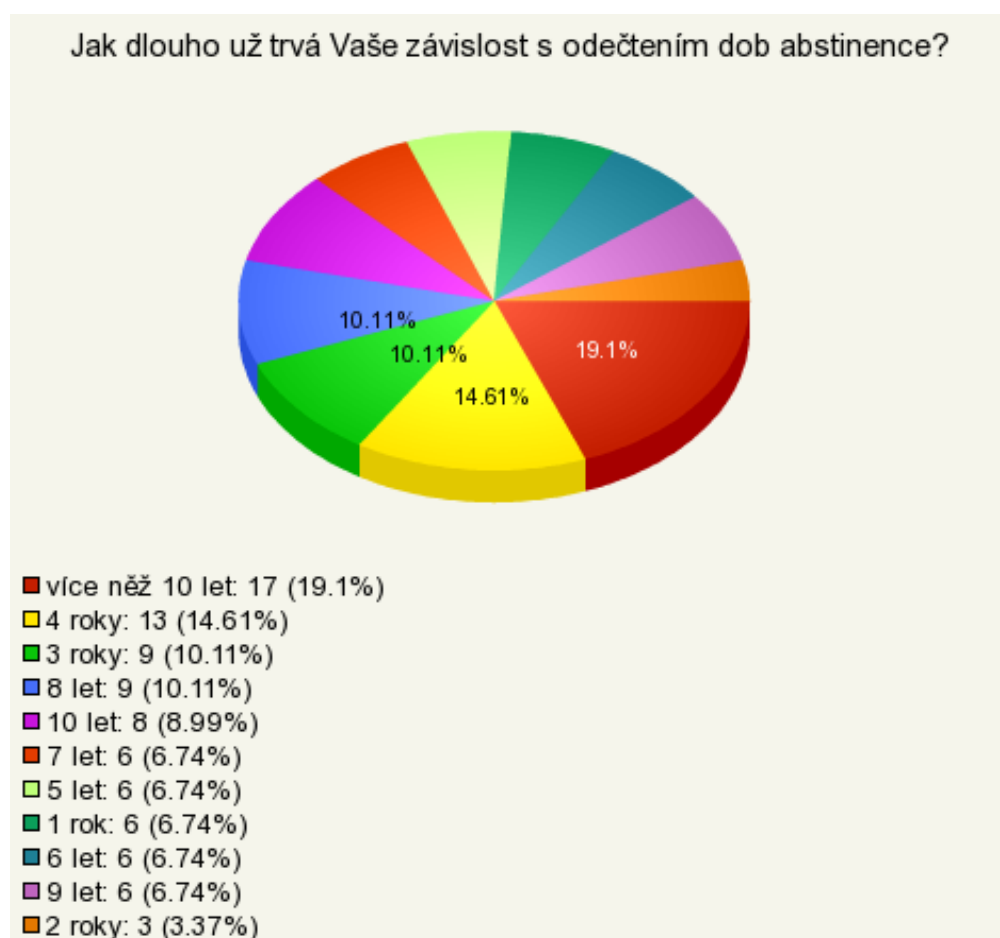


Tabulka 15 uvádí rozložení délky závislosti celého souboru v letech s odečtením dob abstinence. Nejvíce respondenti uváděli, že jejich závislost s odečtením dob abstinence trvá více než 10 let. Toto uvádělo 19,1 % celého souboru, tedy 17 respondentů.

**Tabulka 15: Anamnestické údaje – délka závislosti s odečtením dob abstinence**

<b>Délka závislosti s odečtením dob abstinence</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
1 rok	6	6,74 %
2 roky	3	3,37 %
3 roky	9	10,11 %
4 roky	13	14,61 %
5 let	6	6,74 %
6 let	6	6,74 %
7 let	6	6,74 %
8 let	9	10,11 %
9 let	6	6,74 %
10 let	8	8,99 %
více než 10 let	17	19,1 %

**Graf 12: Anamnestické údaje – délka závislosti s odečtením dob abstinence**

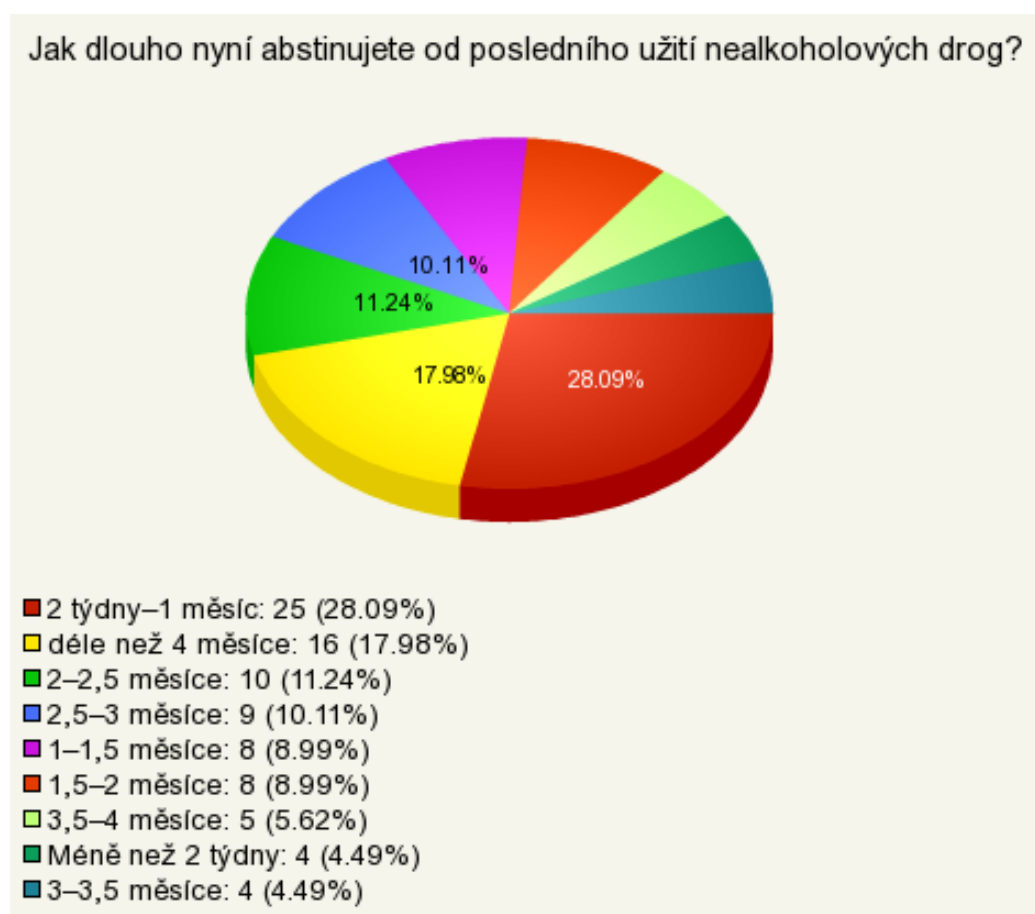


Nejčastěji uváděnou dobou abstinence od posledního užití nealkoholové drogy je interval mezi 2 týdny a 1 měsícem. Tuto dobu abstinence uvedlo 28,09 % celého souboru, což je 25 respondentů. Tabulka 16 ukazuje rozložení dob abstinence od posledního užití nealkoholové drogy celého souboru.

**Tabulka 16: Anamnestické údaje – délka abstinence od posledního užití nealkoholové drogy**

Délka abstinence od posledního užití nealkoholové drogy	Celý soubor	Celý soubor (%)
Méně než 2 týdny	4	4,49 %
2 týdny–1 měsíc	25	28,09 %
1–1,5 měsíce	8	8,99 %
1,5–2 měsíce	8	8,99 %
2–2,5 měsíce	10	11,24 %
2,5–3 měsíce	9	10,11 %
3–3,5 měsíce	4	4,49 %
3,5–4 měsíce	5	5,62 %
déle než 4 měsíce	16	17,98 %

**Graf 13: Anamnestické údaje – délka abstinence od posledního užití nealkoholové drogy**



Tabulka 17 uvádí rozložení délky abstinence od posledního užití alkoholu celého souboru. Nejvíce respondenti uváděli, že jejich abstinence od alkoholu se pohybuje v intervalu 2 týdny – 1 měsíc. Toto uvedlo 20,22 %, což je 18 respondentů. Ačkoli v dotazníku nebyla možnost „abstinuji od alkoholu, tak někteří respondenti uváděli abstinenci od alkoholu, nebo napsali, kolik let neužívají alkohol. Pokud respondenti uvedli, že abstinují od alkoholu 1 a více let, zařadila jsem je do kategorie „Abstinuji od alkoholu“. To, že 6 respondentů neodpovědělo na tuto otázku, může znamenat obavu z odhalení užívání alkoholu v léčbě, například v rámci víkendových dovolenek.

**Tabulka 17: Anamnestické údaje – délka abstinence od posledního užití alkoholu**

<b>Délka abstinence od posledního užití alkoholu</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
Méně než 2 týdny	3	3,37 %
2 týdny–1 měsíc	18	20,22 %
1–1,5 měsíce	6	6,74 %
1,5–2 měsíce	9	10,11 %
2–2,5 měsíce	9	10,11 %
2,5–3 měsíce	10	11,24 %
3–3,5 měsíce	4	4,49 %
3,5–4 měsíce	7	7,87 %
déle než 4 měsíce	9	10,11 %
Abstinuji od alkoholu	8	8,99 %
Neodpověděl	6	6,74 %

**Graf 14: Anamnestické údaje – délka abstinence od posledního užití alkoholu**



#### 4.3.5 Stav dat

Data byla sesbírána v průběhu prvního čtvrtletí roku 2012 v PL Bohnice, PL Opava, PL Havlíčkův Brod, PL Kosmonosy, PL Jihlava, PL Šternberk a PL Horní Beřkovice.

Omezení použitých dat tkví jistě v malém počtu respondentů a v tom, že respondenty byli jen muži. Důvodem pro výběr mužů byl jejich vyšší počet než žen v ústavní léčbě nealkoholových závislostí. Nejspíš by tedy nebylo možné, nasbírat ze stejných zdrojů odpovídající vzorek žen a například je porovnávat s muži. Toto zjištění menšího počtu žen se zakládá na mých osobních zkušenostech z praxí na oddělení léčby nealkoholové závislosti v PL Opava, na rozhovoru na toto téma s vrchní sestrou tohoto oddělení a na oficiálních datech z Českého statistického úřadu za rok 2010, která mi byla po emailové komunikaci poskytnuta. Tabulku s těmito daty uvádím v příloze 8. Oficiální data o počtu mužů

a žen s hospitalizací se základní diagnózou F11-F19 nejsou však u všech léčeben oficiálně dostupná. Z deseti největších psychiatrických léčeben v České republice polovina nedala souhlas ani se zveřejněním celkového počtu lůžek celé léčebny, ani celkového počtu lůžek pro léčbu alkoholismu a jiných závislostí.

Ačkoli bylo sesbíráno 91 dotazníků z každého druhu dotazníku (Anamnestický dotazník, Beckův inventář deprese a Pöldingerův dotazník), tak bylo hodnoceno 89 dotazníků z každého druhu. Dva respondenti totiž nesplnili kritéria pro výběr respondentů ve smyslu léčby závislosti na nealkoholových návykových látkách a pobyt v této léčbě minimálně 7 dní.

Souvislost výsledků dotazníků byla počítána pomocí statistických funkcí programu Microsoft Office Excel 2007. Byly použity hlavně základní matematické a statistické funkce jako například průměr, medián, modus, výpočet minimální a maximální hodnoty, četnost a další. K některým výpočtům byl použit i program IBM SPSS Statistics 20. Výsledky pak byly převedeny do přehledových tabulek. Byla zkoumána korelace (závislost) mezi stanovenými hypotézami. Pomocí výpočtu korelačních koeficientů jsme zjistili, které hypotézy jsou více a které méně pozitivně korelovány.

#### **4.4 Etické aspekty práce**

V rámci tohoto výzkumného šetření byly respektovány etické náležitosti výzkumu v sociálních vědách. Údaje o pacientech byly anonymně sesbírané. Všem pacientům byl dán informovaný souhlas k použití získaných údajů pro účely tohoto výzkumného šetření. Informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření s podpisem pacienta byl založen do zdravotní dokumentace. Byla dodržena ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Podle informovaného souhlasu se pacienti měli možnost rozhodnout, zda se výzkumu zúčastní či nikoliv. Informovaný souhlas a souhlas s účastí na výzkumném šetření s podpisem pacienta jsou uvedeny v příloze 7.

#### **4.5 Výsledky šetření**

##### **4.5.1 Výsledky Beckova inventáře deprese**

Beckovým inventářem deprese bylo zjištěno rozložení míry deprese celého souboru, které je uvedeno v tabulce 18. Nejčastěji byla zjištěna dle intervalového

rozdělení výsledků u respondentů žádná deprese (interval 0-11 bodů). Tento výsledek byl zjištěn u 48 respondentů (53,93 %). Beckův inventář deprese vyžaduje u vyplňování dotazníků, aby respondenti hodnotili pouze předchozích 7 dní včetně dne právě probíhajícího. Tedy v tomto případě předchozích 7 dní včetně právě probíhajícího v ústavní léčbě.

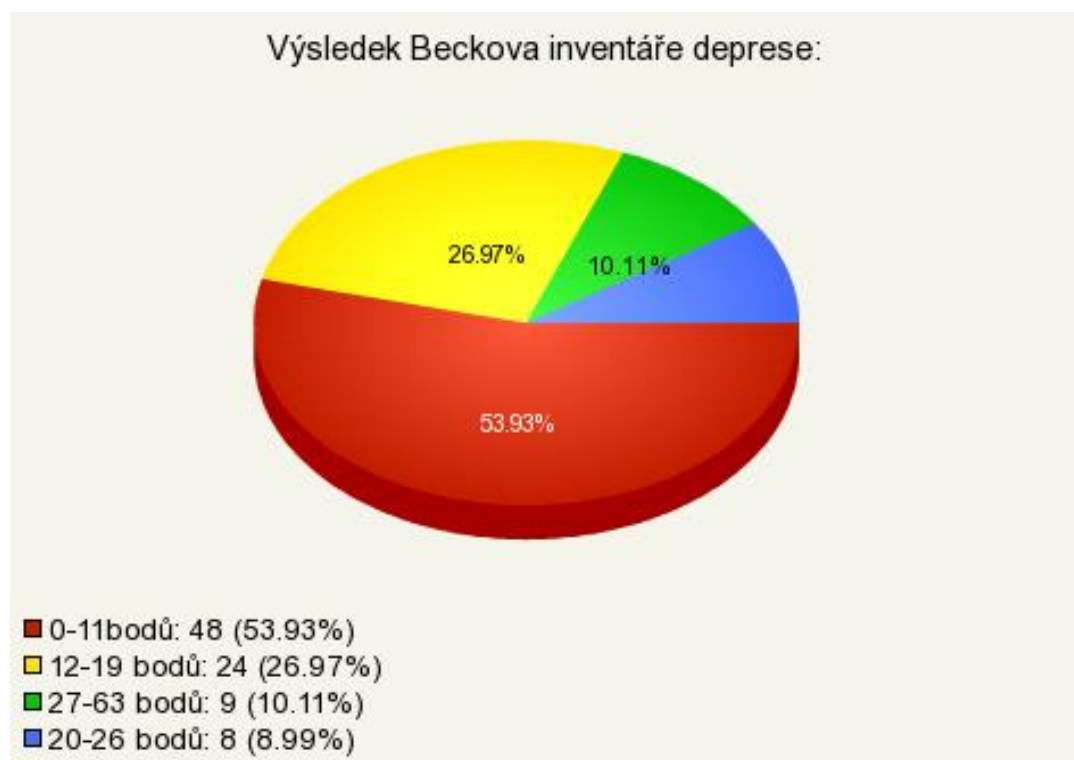
Celkově tyto výsledky však neznamenaají, že respondenti opravdu trpí, nebo netrpí depresí, to může totiž definitivně určit jen psychiatr. Výsledky však naznačují, že se u respondentů jisté depresivní symptomy nejspíš projevují a dle bodového rozdělení mohou, ale nemusí znamenat žádnou, slabou, mírnou či těžkou depresi. Původní interval bodů je u těžké (silné) formy deprese 26-63 bodů, já jsem však interval o 1 bod zvýšila na 27-63 bodů, jelikož jsem nechtěla, aby se kryli respondenti s mírnou a těžkou depresí. Přesně 26 bodů však nakonec žádný z pacientů u Beckova inventáře nedosáhl, takže mé posunutí intervalu konečné výsledky nemohlo jakkoli zkreslit.

**Tabulka 18: Beckův inventář deprese – zjištěná míra depresivních symptomů**

Počet bodů	Zjištěná míra depresivních symptomů	Celý soubor	Celý soubor (%)
<b>0-11</b>	žádná deprese	48	53,93 %
<b>12-19</b>	slabá deprese	24	26,97 %
<b>20-26</b>	mírná deprese	8	8,99 %
<b>27-63</b>	těžká (silná) forma deprese	9	10,11 %



**Graf 15: Beckův inventář deprese – zjištěná míra depresivních symptomů**



#### 4.5.2 Výsledky Pöldingerova dotazníku

Tabulka 19 ukazuje rozložení míry rizika suicidia celého souboru zjištěného Pöldingerovým dotazníkem. Nejčastěji bylo u respondentů zjištěno nízké riziko suicidia (interval 0–5 bodů). Tento výsledek byl zjištěn u 56 respondentů (62,92 %). Toto bodového hodnocení a rozdělení výsledků na tři intervaly podle závažnosti zjištěné míry suicidálního rizika je určené po dohodě s vedoucím práce. Je to z důvodu nedostupnosti oficiálních vyhodnocovacích pokynů k Pöldingerovu dotazníku. K tomuto dotazníku lze dohledat pouze pokyn pro vyhodnocování, který říká, že čím více bodů respondent získá, tím je riziko suicidia vyšší.

**Tabulka 19: Pöldingerův dotazník – zjištěná míra suicidálního rizika**

Počet bodů	Zjištěná míra suicidálního rizika	Celý soubor	Celý soubor (%)
0-5	nízké riziko suicidia	56	62,92 %
6-10	středně vysoké riziko suicidia	24	26,97 %
11-16	vysoké riziko suicidia	9	10,11 %

**Graf 16: Pöldingerův dotazník – zjištěná míra suicidálního rizika**



#### **4.5.3 Souvislost výsledků Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku**

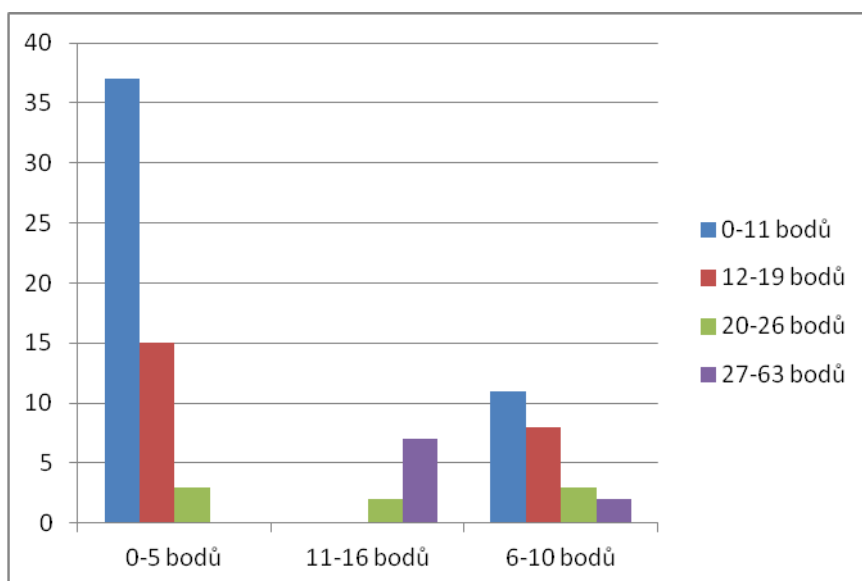
Srovnání skóre mezi výskytem depresivních symptomů zjištěných Beckovým inventářem deprese a suicidálním rizikem zjištěným Pöldingerovým dotazníkem celého souboru uvádí tabulka 20. Korelační koeficient mezi jednotlivými výsledky Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku (bez přihlédnutí ke stanoveným intervalům obou dotazníků) je 0,692012, což znamená středně těsný vztah mezi stanovenými proměnnými. Zároveň je tento korelační koeficient vyšší než korelační koeficienty, které byly vypočítány u čtyř stanovených hypotéz.

Korelační koeficient ( $r$ ) se obecně pohybuje v rozmezí od  $r = -1$ , což znamená perfektní negativní korelaci - pokud jedna hodnota klesá, tak se druhá hodnota zvyšuje, přes  $r = 0$  což znamená naprostou nezávislost mezi proměnnými, až do  $r = 1$  což poukazuje na perfektní pozitivní korelaci - pokud jedna hodnota roste, tak roste i druhá hodnota (Disman, 1993).

**Tabulka 20: Srovnání výsledných skóre z Beckova inventáře deprese (BID) a Pöldingerova dotazníku (PD) celého souboru**

Intervaly Beckova inventáře deprese (BID)	Intervaly Pöldingerova dotazníku (PD)			Celkem
	0-5	6-10	11-16	
<b>0-11</b>				
<b>Celkem</b>	37	11	0	48
% v intervalu BID	77,1 %	22,9 %	0,0 %	100,0 %
% v intervalu PD	66,1 %	45,8 %	0,0 %	53,9 %
<b>12-19</b>				
<b>Celkem</b>	16	8	0	24
% v intervalu BID	66,7 %	33,3 %	0,0 %	100,0 %
% v intervalu PD	28,6 %	33,3 %	0,0 %	27,0 %
<b>20-26</b>				
<b>Celkem</b>	3	3	2	8
% v intervalu BID	37,5 %	37,5 %	25,0 %	100,0 %
% v intervalu PD	5,4 %	12,5 %	22,2 %	9,0 %
<b>27-63</b>				
<b>Celkem</b>	0	2	7	9
% v intervalu BID	0,0 %	22,2 %	77,8 %	100,0 %
% v intervalu PD	0,0 %	8,3 %	77,8 %	10,1 %
<b>Celkem</b>	56	24	9	89
	62,9 %	27,0 %	10,1 %	100,0 %
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

**Graf 17: Srovnání výsledných skóre z Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku celého souboru**



**Tabulka 21: Výsledné počty bodů, četnost výsledných skóre, procentuální zastoupení výsledných skóre, relativní kumulativní četnost výsledných skóre u Beckova inventáře deprese (BID)**

<b>Výsledné počty bodů BID</b>	<b>Četnost výsledných skóre BID</b>	<b>Procentuální zastoupení skóre BID</b>	<b>Platná procentuální zastoupení skóre BID</b>	<b>Relativní kumulativní četnost výsledných skóre BID</b>
1	1	1,1	1,1	1,1
2	3	3,4	3,4	4,5
3	2	2,2	2,2	6,7
4	4	4,5	4,5	11,2
5	9	10,1	10,1	21,3
6	5	5,6	5,6	27,0
7	5	5,6	5,6	32,6
8	4	4,5	4,5	37,1
9	3	3,4	3,4	40,4
10	7	7,9	7,9	48,3
11	5	5,6	5,6	53,9
12	5	5,6	5,6	59,6
13	5	5,6	5,6	65,2
14	2	2,2	2,2	67,4
15	4	4,5	4,5	71,9
16	2	2,2	2,2	74,2
17	1	1,1	1,1	75,3
18	4	4,5	4,5	79,8
19	1	1,1	1,1	80,9
20	1	1,1	1,1	82,0
21	2	2,2	2,2	84,3
23	2	2,2	2,2	86,5
25	3	3,4	3,4	89,9
29	1	1,1	1,1	91,0
31	1	1,1	1,1	92,1
32	1	1,1	1,1	93,3
33	1	1,1	1,1	94,4
34	1	1,1	1,1	95,5
35	1	1,1	1,1	96,6
39	1	1,1	1,1	97,8
42	1	1,1	1,1	98,9
46	1	1,1	1,1	100,0
<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Tabulka 22: Výsledné počty bodů, četnost výsledných skóre, procentuální zastoupení výsledných skóre, relativní kumulativní četnost výsledných skóre u Pöldingerova dotazníku (PD)**

<b>Výsledné počty bodů PD</b>	<b>Četnost výsledných skóre PD</b>	<b>Procentuální zastoupení skóre PD</b>	<b>Platná procentuální zastoupení skóre PD</b>	<b>Relativní kumulativní četnost výsledných skóre PD</b>
0	4	4,5	4,5	4,5
1	6	6,7	6,7	11,2
2	11	12,4	12,4	23,6
3	14	15,7	15,7	39,3
4	11	12,4	12,4	51,7
5	10	11,2	11,2	62,9
6	10	11,2	11,2	74,2
7	4	4,5	4,5	78,7
8	5	5,6	5,6	84,3
9	3	3,4	3,4	87,6
10	2	2,2	2,2	89,9
11	7	7,9	7,9	97,8
13	1	1,1	1,1	98,9
15	1	1,1	1,1	100,0
<b>Celkem</b>	89	100,0	100,0	

**Tabulka 23: Četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů, procentuální zastoupení výsledných skóre dle stanovených intervalů, relativní kumulativní četnost výsledných intervalů u Beckova inventáře deprese (BID)**

<b>Intervaly BID</b>	<b>Četnost výsledných intervalů BID</b>	<b>Procentuální zastoupení intervalů BID</b>	<b>Platná procentuální zastoupení intervalů BID</b>	<b>Relativní kumulativní četnost výsledných intervalů BID</b>
0-11	48	53,9	53,9	53,9
12-19	24	27,0	27,0	80,9
20-26	8	9,0	9,0	89,9
27-63	9	10,1	10,1	100,0
<b>Celkem</b>	89	100,0	100,0	

**Tabulka 24: Četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů, procentuální zastoupení výsledných skóre dle stanovených intervalů, relativní kumulativní četnost výsledných intervalů u Pöldingerova dotazníku (PD)**

<b>Intervaly PD</b>	<b>Četnost výsledných intervalů PD</b>	<b>Procentuální zastoupení intervalů PD</b>	<b>Platná procentuální zastoupení intervalů PD</b>	<b>Relativní kumulativní četnost výsledných intervalů PD</b>
0-5	56	62,9	62,9	62,9
11-16	9	10,1	10,1	73,0
6-10	24	27,0	27,0	100,0
<b>Celkem</b>	89	100,0	100,0	

**Tabulka 25: Minimální a maximální výsledné skóre, průměr výsledného skóre, medián a modus zjištěný u Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku**

	<b>Beckův inventář deprese</b>	<b>Pöldingerův dotazník</b>
<b>Minimální výsledné skóre</b>	1	0
<b>Maximální výsledné skóre</b>	46	15
<b>Průměr</b>	13,25843	4,988764
<b>Medián</b>	11	4
<b>Modus</b>	5	3

#### **4.5.4 Výsledky jednotlivých dimenzí pro Beckův inventář deprese pro celý soubor**

Zde bylo hodnoceno 89 dotazníků. Výsledky jednotlivých dimenzí pro celý soubor ukazují následující tabulky 26-46. Hodnoty 0 (žádný respondent tuto odpověď nezvolil) zde nabývají nevyšší hodnocené odpovědi (ohodnocené 3 body) u dimenze L – narušení kontaktů (výrok: „Ztratil jsem veškerý zájem o druhé lidi.“),

u dimenze M – neschopnost rozhodování (výrok: „Nemohu učinit vůbec žádná rozhodnutí.“), u dimenze R – ztráta chuti (výrok: „Nemám už žádnou chuť.“) a u dimenze T – hypochondrie, těžkomyslnost, splín (výrok: „Mám tak velké starosti o své zdraví, že na nic jiného nemyslím.“). Nejvyšší hodnoty nabývá s počtem 72 respondentů (80,9 % celého souboru) u dimenze N odpověď hodnocena 0 body, znamenající zvolení výroku: „Nemám pocit, že bych vypadal hůře, než dříve“.

Tabulka 26 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze A – dysforie (špatná nálada). Nejvíce respondentů v počtu 61 (68,54 %) uvedlo „necítím se smutný“.

**Tabulka 26: Výsledky dimenze A dysforie (špatná nálada) pro celý soubor**

<b>Dimenze A</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 necítím se smutný	61	68,54 %
1 cítím se smutný	20	22,47 %
2 jsem stále smutný a nemohu se toho zbavit	6	6,74 %
3 jsem tak smutný a nešťastný, že to sotva snáším	2	2,25 %

Tabulka 27 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze B – beznaděje. Nejvíce respondentů v počtu 57 (64,77 %) uvedlo „nedívám se do budoucna s nějakou zvláštní odvahou“. Na tuto dimenzi neodpověděl 1 respondent.



**Tabulka 27: Výsledky dimenze B - beznaděje pro celý soubor**

<b>Dimenze B</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 nedívám se do budoucna s nějakou zvláštní odvahou	57	64,77 %
1 dívám se do budoucna bez odvahy	21	23,86 %
2 nemám nic, nač bych se mohl těšit	7	7,95 %
3 mám pocit, že je budoucnost beznadějná a že se situace nezlepší	3	3,41 %

Tabulka 28 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze C – pocit, že jsem selhal. Nejvíce respondentů v počtu 41 (46,07 %) uvedlo „necítím, že bych selhal, že bych byl neschopný“.

**Tabulka 28: Výsledky dimenze C - pocit, že jsem selhal pro celý soubor**

<b>Dimenze C</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 necítím, že bych selhal, že bych byl neschopný	41	46,07 %
1 mám pocit, že jsem jako člověk zcela selhal	13	14,61 %
2 když se podívám zpět na svůj život, pak vidím jen spoustu nezdarů	35	39,33 %

Tabulka 29 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze D – narušený vztah k objektu. Nejvíce respondentů v počtu 47 (52,81 %) uvedlo „nemohu věci užívat tak jako dříve“.

**Tabulka 29: Výsledky dimenze D - narušený vztah k objektu pro celý soubor**

<b>Dimenze D</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 mohu vše užívat tak jako dříve	32	35,96 %
1 nemohu věci užívat tak jako dříve	47	52,81 %
2 nemohu mít z ničeho pravé uspokojení	6	6,74 %
3 jsem se vším nespokojen, vše mne nudí	4	4,49 %

Tabulka 30 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze E – pocit viny. Nejvíce respondentů v počtu 48 (53,93 %) uvedlo „mám pocit, že jsem snad něčím vinen“.

**Tabulka 30: Výsledky dimenze E - pocit viny pro celý soubor**

<b>Dimenze E</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 nemám žádný pocit viny	11	12,36 %
1 mám pocit, že jsem snad něčím vinen	48	53,93 %
2 mám téměř stále pocit viny	22	24,72 %
3 mám stále pocit viny	8	8,99 %

Tabulka 31 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze F – potřeba trestu. Nejvíce respondentů v počtu 51 (57,3 %) uvedlo „nemám pocit, že jsem trestán“.

**Tabulka 31: Výsledky dimenze F - potřeba trestu pro celý soubor**

<b>Dimenze F</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 nemám pocit, že jsem trestán	51	57,3 %
1 mám pocit, že jsem snad trestán	16	17,98 %
2 čekám, že budu potrestán	9	10,11 %
3 mám pocit, že mám být potrestán	13	14,61 %

Tabulka 32 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze G – nenávisť sebe sama. Nejvíce respondentů v počtu 55 (61,8 %) uvedlo „jsem sám sebou zklamán“.

**Tabulka 32: Výsledky dimenze G – nenávisť sebe sama pro celý soubor**

<b>Dimenze G</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 nejsem zklamán sám sebou	24	26,97 %
1 jsem sám sebou zklamán	55	61,8 %
2 jsem hrozný	8	8,99 %
3 nenávidím sebe sama	2	2,25 %

Tabulka 33 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze H – vlastní výčitky. Nejvíce respondentů v počtu 38 (42,7 %) uvedlo „nemám pocit, že bych měl být horší než druzí“.

**Tabulka 33: Výsledky dimenze H - vlastní výčitky pro celý soubor**

<b>Dimenze H</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 nemám pocit, že bych měl být horší než druzí	38	42,7 %
1 kritizuji se za své slabosti a chyby	32	35,96 %
2 stále si dělám výčitky pro své nedostatky	12	13,48 %
3 dávám si vinu za vše, co se nedaří	7	7,87 %

Tabulka 34 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze I – sebevražednost. Nejvíce respondentů v počtu 71 (79,78 %) uvedlo „nemyslím na to, že bych si mohl něco udělat“.

**Tabulka 34: Výsledky dimenze I – sebevražednost pro celý soubor**

<b>Dimenze I</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 nemyslím na to, že bych si mohl něco udělat	71	79,78 %
1 mnohdy myslím na sebevraždu, ale neudělal bych to	10	11,24 %
2 nejraději bych se zabil	4	4,49 %
3 zabil bych se, kdybych to uměl	4	4,49 %

Tabulka 35 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze J – pláč. Nejvíce respondentů v počtu 60 (67,42 %) uvedlo „nepláču častěji než dříve“.

**Tabulka 35: Výsledky dimenze J - pláč pro celý soubor**

<b>Dimenze J</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 nepláču častěji než dříve	60	67,42 %
1 nyní pláču víc než dříve	15	16,85 %
2 nyní pláču po celou dobu	1	1,12 %
3 dříve jsem mohl plakat, ale nyní to nedokážu, i kdybych si to přál	13	14,61 %

Tabulka 36 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze K – dráždivost. Nejvíce respondentů v počtu 35 (39,33 %) uvedlo „nejsem podrážděnější než dříve“.

**Tabulka 36: Výsledky dimenze K – dráždivost pro celý soubor**

<b>Dimenze K</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 nejsem podrážděnější než dříve	35	39,33 %
1 snadněji se nyní rozzlobím nebo podráždím než dříve	25	28,09 %
2 cítím se stále podrážděný	12	13,48 %
3 věci, které mne dříve dráždily, se mne nyní už nedotýkají	17	19,1 %

Tabulka 37 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze L – narušení kontaktů. Nejvíce respondentů v počtu 55 (61,8 %) uvedlo „neztratil jsem zájem o druhé lidi“.

**Tabulka 37: Výsledky dimenze L - narušení kontaktů pro celý soubor**

<b>Dimenze L</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 neztratil jsem zájem o druhé lidi	55	61,8 %
1 nyní se zajímám o druhé lidi méně než dříve	20	22,47 %
2 ztratil jsem z větší části zájem o druhé lidi	14	15,73 %
3 ztratil jsem veškerý zájem o druhé lidi	0	0 %

Tabulka 38 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze M – neschopnost rozhodování. Nejvíce respondentů v počtu 55 (61,8 %) uvedlo „jsem tak rozhodný jako vždy“.

**Tabulka 38: Výsledky dimenze M - neschopnost rozhodování pro celý soubor**

<b>Dimenze M</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 jsem tak rozhodný jako vždy	55	61,8 %
1 nyní odkládám rozhodnutí častěji než dříve	18	20,22 %
2 činit rozhodnutí je pro mne obtížnější než dříve	16	17,98 %
3 nemohu učinit vůbec žádná rozhodnutí	0	0 %

Tabulka 39 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze N – negativní představy o sobě samém. Nejvíce respondentů v počtu 72 (80,9 %) uvedlo „nemám pocit, že bych vypadal hůře než dříve“.

**Tabulka 39: Výsledky dimenze N - negativní představy o sobě samém pro celý soubor**

<b>Dimenze N</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 nemám pocit, že bych vypadal hůře než dříve	72	80,9 %
1 dělám si starosti, že vypadám staře nebo neatraktivně	9	10,11 %
2 mám pocit, že se v mém vzhledu dostavily změny, které mne činí neatraktivním	7	7,87 %
3 jsem ošklivý	1	1,12 %

Tabulka 40 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze O – neschopnost práce. Nejvíce respondentů v počtu 57 (64,04 %) uvedlo „mohu pracovat tak dobře, jako dříve“.

**Tabulka 40: Výsledky dimenze O - neschopnost práce pro celý soubor**

<b>Dimenze O</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 mohu pracovat tak dobře, jako dříve	57	64,04 %
1 musím se rozhodnout, než se dám do práce	14	15,73 %
2 musím se do každé činnosti nutit	14	15,73 %
3 nejsem schopen pracovat	4	4,49 %

Tabulka 41 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze P – poruchy spánku. Nejvíce respondentů v počtu 46 (51,69 %) uvedlo „spím tak dobře jako vždy“.

**Tabulka 41: Výsledky dimenze P - poruchy spánku pro celý soubor**

<b>Dimenze P</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 spím tak dobře jako vždy	46	51,69 %
1 nespím tak dobře jako dříve	33	37,08 %
2 probouzím se o 1 - 2 hodiny dříve než jindy a je mi zatěžko opět usnout	6	6,74 %
3 probouzím se o více hodin dříve než jindy a nemohu více usnout	4	4,49 %

Tabulka 42 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze Q – únavnost. Nejvíce respondentů v počtu 44 (49,44 %) uvedlo „neunavím se snadněji než dříve“. Avšak problémy s únavou definované dalšími třemi možnostmi ohodnocenými 1-3 body udává dohromady 45 respondentů.

**Tabulka 42: Výsledky dimenze Q – únavnost pro celý soubor**

<b>Dimenze Q</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 neunavím se snadněji než dříve	44	49,44 %
1 unavím se rychleji než dříve	34	38,2 %
2 téměř vše mne unaví	8	8,99 %
3 jsem příliš unaven, než abych něco udělal	3	3,37 %

Tabulka 43 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze R – ztráta chuti. Nejvíce respondentů v počtu 66 (75 %) uvedlo „nemám horší chuť než dříve“. Na tuto otázku neodpověděl jeden respondent.



**Tabulka 43: Výsledky dimenze R - ztráta chuti pro celý soubor**

<b>Dimenze R</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 nemám horší chuť než dříve	66	75 %
1 má chuť není tak dobrá jako dříve	19	21,59 %
2 má chuť sem silně zhoršila	3	3,41 %
3 nemám už žádnou chuť	0	0 %

Tabulka 44 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze S – úbytek na váze. Nejvíce respondentů v počtu 70 (78,65 %) uvedlo „v poslední době jsem sotva ubral na váze“.

**Tabulka 44: Výsledky dimenze S - úbytek na váze pro celý soubor**

<b>Dimenze S</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 v poslední době jsem sotva ubral na váze	70	78,65 %
1 ubral jsem víc než dvě kila	10	11,24 %
2 ubral jsem víc než 5 kilo	6	6,74 %
3 ubral jsem víc než 8 kilo	3	3,37 %

Tabulka 45 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze T – hypochondrie (těžkomyslnost, splín). Nejvíce respondentů v počtu 71 (79,78 %) uvedlo „nedělám si žádnou větší starost o své zdraví“.

**Tabulka 45: Výsledky dimenze T - hypochondrie (těžkomyslnost, splín) pro celý soubor**

<b>Dimenze T</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 nedělám si žádnou větší starost o své zdraví	71	79,78 %
1 tělesné problémy jako bolesti, žaludeční obtíže nebo zácpa mi působí starosti	13	14,61 %
2 mám tak velké starosti se svým zdravím, že mi připadá zatěžko myslet na něco jiného	5	5,62 %
3 mám tak velké starosti o své zdraví, že na nic jiného nemyslím	0	0 %

Tabulka 46 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u dimenze U – ztráta libida (sexuálních zájmů). Nejvíce respondentů v počtu 61 (68,54 %) uvedlo „v poslední době jsem nepozoroval žádnou změnu ve svém zájmu o sex“.

**Tabulka 46: Výsledky dimenze U - ztráta libida (sexuálních zájmů) pro celý soubor**

<b>Dimenze U</b>	<b>Celý soubor</b>	<b>Celý soubor (%)</b>
0 v poslední době jsem nepozoroval žádnou změnu ve svém zájmu o sex	61	68,54 %
1 o sex se nyní zajímám méně než dříve	16	17,98 %
2 o sex se nyní zajímám mnohem méně než dříve	10	11,24 %
3 ztratil jsem zájem o sex	2	2,25 %

#### 4.5.5 Výsledky jednotlivých otázek pro Pöldingerův dotazník

Zde bylo hodnoceno 89 dotazníků. Výsledky jednotlivých otázek pro celý soubor ukazují následující tabulky 47-62. Nejnižší a nejvyšší počet respondentů obdržela otázka číslo 9 „Cítíte, že vaše situace je strašná a beznadějná?“. Odpověď „NE“ uvedlo 77 respondentů (86,52 %) a odpověď „ANO“ 12 (13,48 %) respondentů.

Tabulka 47 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 1 „Přemýšlel jste v současné době o možnosti sebevraždy?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“.

**Tabulka 47: Výsledky otázky číslo 1 „Přemýšlel jste v současné době o možnosti sebevraždy?“ pro celý soubor**

Otázka č. 1	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	21	23,6 %
ne	68	76,4 %

Tabulka 48 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 2 „Přemýšlel jste o této možnosti často?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“.

**Tabulka 48: Výsledky otázky číslo 2 „Přemýšlel jste o této možnosti často?“ pro celý soubor**

Otázka č. 2	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	19	21,35 %
ne	70	78,65 %

Tabulka 49 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 3 „Musíte o tom přemýšlet, přestože nechcete? Vnucují se Vám takové myšlenky vlastně samy proti vaší vůli?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“. Na tuto otázku neodpověděl jeden respondent.

**Tabulka 49: Výsledky otázky číslo 3 „Musíte o tom přemýšlet, přestože nechcete? Vnucují se Vám takové myšlenky vlastně samy proti vaší vůli?“ pro celý soubor**

Otázka č. 3	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	14	15,91 %
ne	74	84,09 %

Tabulka 50 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 4 „Už jste někdy uvažoval o způsobu sebevraždy?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“. Na tuto otázku neodpověděl jeden respondent.

**Tabulka 50: Výsledky otázky číslo 4 „Už jste někdy uvažoval o způsobu sebevraždy?“ pro celý soubor**

Otázka č. 4	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	59	67,05 %
ne	29	32,95 %

Tabulka 51 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 5 „Dělal jste již nějaké přípravy k sebevraždě?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“.

**Tabulka 51: Výsledky otázky číslo 5 „Dělal jste již nějaké přípravy k sebevraždě?“ pro celý soubor**

Otázka č. 5	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	28	31,46 %
ne	61	68,54 %

Tabulka 52 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 6 „Mluvil jste s někým o svých sebevražedných úmyslech?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“.

**Tabulka 52: Výsledky otázky číslo 6 „Mluvil jste s někým o svých sebevražedných úmyslech?“ pro celý soubor**

Otázka č. 6	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	21	23,6 %
ne	68	76,4 %

Tabulka 53 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 7 „Už jste se někdy v minulosti pokusil o sebevraždu?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“.

**Tabulka 53: Výsledky otázky číslo 7 „Už jste se někdy v minulosti pokusil o sebevraždu?“ pro celý soubor**

Otázka č. 7	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	25	28,09 %
ne	64	71,91 %

Tabulka 54 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 8 „Spáchal někdo z vašich příbuzných či přátel sebevraždu?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“.

**Tabulka 54: Výsledky otázky číslo 8 „Spáchal někdo z vašich příbuzných či přátel sebevraždu?“ pro celý soubor**

Otázka č. 8	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	34	38,2 %
ne	55	61,8 %

Tabulka 55 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 9 „Cítíte, že vaše situace je strašná a beznadějná?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“.

**Tabulka 55: Výsledky otázky číslo 9 „Cítíte, že vaše situace je strašná a beznadějná?“ pro celý soubor**

Otázka č. 9	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	12	13,48 %
ne	77	86,52 %

Tabulka 56 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 10 „Dělá vám potíže myslet na něco jiného, než na současné problémy?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“.

**Tabulka 56: Výsledky otázky číslo 10 „Dělá vám potíže myslet na něco jiného, než na současné problémy?“ pro celý soubor**

Otázka č. 10	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	26	29,21 %
ne	63	70,79 %

Tabulka 57 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 11 „Máte nyní méně kontaktů se svými příbuznými a přáteli?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“.

**Tabulka 57: Výsledky otázky číslo 11 „Máte nyní méně kontaktů se svými příbuznými a přáteli?“ pro celý soubor**

Otázka č. 11	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	51	57,3 %
ne	38	42,7 %

Tabulka 58 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 12 „Máte zájem o to, co se děje ve vašem okolí nebo zaměstnání? Baví vás vaše koníčky?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“.

**Tabulka 58: Výsledky otázky číslo 12 „Máte zájem o to, co se děje ve vašem okolí nebo zaměstnání? Baví vás vaše koníčky?“ pro celý soubor**

Otázka č. 12	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	70	78,65 %
ne	19	21,35 %

Tabulka 59 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 13 „Máte kolem sebe někoho, s kým byste volně a s důvěrou mohl pohovořit o svých problémech?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“.

**Tabulka 59: Výsledky otázky číslo 13 „Máte kolem sebe někoho, s kým byste volně a s důvěrou mohl pohovořit o svých problémech?“ pro celý soubor**

Otázka č. 13	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	73	82,02 %
ne	16	17,98 %

Tabulka 60 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 14 „Žijete pohromadě s dalšími lidmi (rodina, přátelé)?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“. Na tuto otázku neodpověděl jeden respondent.

**Tabulka 60: Výsledky otázky číslo 14 „Žijete pohromadě s dalšími lidmi (rodina, přátelé)?“ pro celý soubor**

Otázka č. 14	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	64	72,73 %
ne	24	27,27 %

Tabulka 61 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 15 „Máte pocit výrazné zodpovědnosti k rodině, zaměstnání?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“. Na tuto otázku neodpověděl jeden respondent.

**Tabulka 61: Výsledky otázky číslo 15 „Máte pocit výrazné zodpovědnosti k rodině, zaměstnání?“ pro celý soubor**

Otázka č. 15	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	63	71,59 %
ne	25	28,41 %

Tabulka 62 ukazuje rozložení odpovědí respondentů u otázky číslo 16 „Myslíte, že jste v zásadě věřící člověk?“ Respondent se mohl rozhodnout mezi odpověďmi „ano“ a „ne“. Na tuto otázku neodpověděl jeden respondent.

**Tabulka 62: Výsledky otázky číslo 16 „Myslíte, že jste v zásadě věřící člověk?“ pro celý soubor**

Otázka č. 16	Celý soubor	Celý soubor (%)
ano	38	43,18 %
ne	50	56,82 %

#### 4.5.6 Hypotéza číslo 1

Hypotéza 1: Výsledek suicidálního rizika zjišťovaného Pöldingerovým dotazníkem bude středně vysoký až vysoce rizikový (6-16 bodů) u pacientů, kteří budou také vysoce skórovat u Beckova inventáře deprese (27-63 bodů - těžká forma deprese).

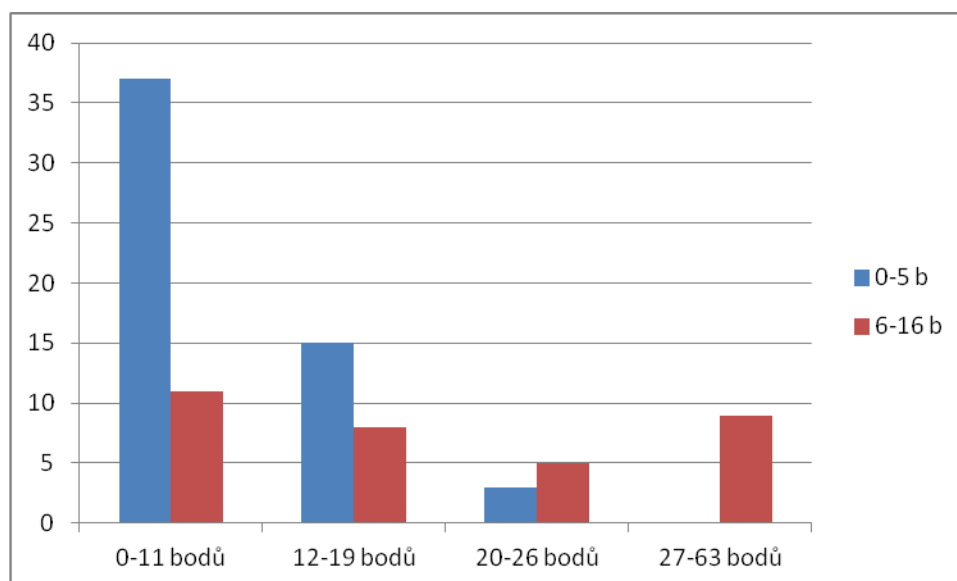
Korelační koeficient je u této hypotézy 0,4754593, což znamená středně těsný vztah mezi stanoveným proměnnými. Hypotéze odpovídají výsledky Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku u 9 respondentů.



**Tabulka 63: Hypotéza číslo 1**

Intervaly BID		Intervaly PD		Celkem
		0-5	6-16	
<b>0-11</b>	<b>Celkem</b>	37	11	48
	% v intervalu PD	67,3 %	32,4 %	53,9 %
<b>12-19</b>	<b>Celkem</b>	16	8	24
	% v intervalu PD	29,1 %	23,5 %	27,0 %
<b>20-26</b>	<b>Celkem</b>	2	6	8
	% v intervalu PD	3,6 %	17,6 %	9,0 %
<b>27-63</b>	<b>Celkem</b>	0	9	9
	% v intervalu PD	0,0 %	26,5 %	10,1 %
<b>Celkem</b>	<b>Celkem</b>	55	34	89
	% v intervalu PD	100 %	100 %	100,0 %

**Graf 18: Hypotéza číslo 1**



**Tabulka 64: Hypotéza číslo 1 - četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů, procentuální zastoupení výsledných skóre dle stanovených intervalů, relativní kumulativní četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů u Pöldingerova dotazníku (PD)**

<b>Intervaly PD</b>	<b>Četnost výsledných intervalů PD</b>	<b>Procentuální zastoupení intervalů PD</b>	<b>Platná procentuální zastoupení intervalů PD</b>	<b>Relativní kumulativní četnost výsledných intervalů PD</b>
<b>0-5</b>	55	61,8	61,8	61,8
<b>6-16</b>	34	38,2	38,2	100,0
<b>Celkem</b>	89	100,0	100,0	

Celkový počet dotazníků pohybující se v intervalu 6–16 bodů u Pöldingerova dotazníku je 34 (38,2 %). Ostatních dotazníků v intervalu 0-5 je 55 (61,8 %).

#### **4.5.7 Hypotéza číslo 2**

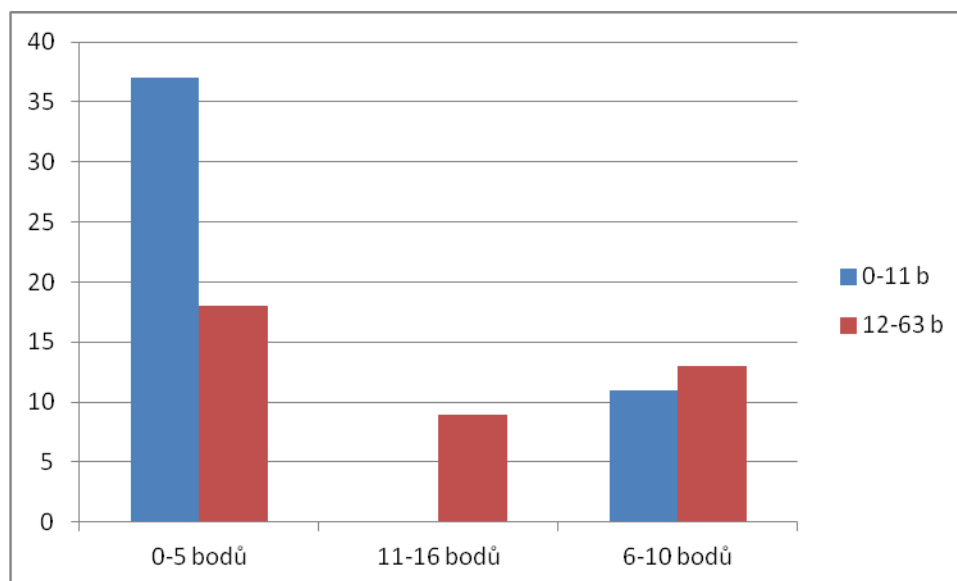
Hypotéza 2: Středně vysoké suicidální riziko (6-10 bodů) zjištěné u pacientů Pöldingerovým dotazníkem bude spojeno s určitou mírou zjištěných depresivních symptomů (znamenajících slabou až těžkou formu deprese 12-63 bodů) Beckovým inventářem deprese.

Korelační koeficient je u této hypotézy 0,39090161, což znamená slabý vztah mezi stanovenými proměnnými. Hypotéze odpovídají výsledky Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku u 13 respondentů.

**Tabulka 65: Hypotéza číslo 2**

Interval PD	Intervaly BID		Celkem
	0-11	12-63	
<b>0-5</b>			
<b>Celkem</b>	37	19	56
% v intervalu BID	77,1 %	46,3 %	62,9 %
<b>6-10</b>			
<b>Celkem</b>	11	13	24
% v intervalu BID	22,9 %	31,7 %	27,0 %
<b>11-16</b>			
<b>Celkem</b>	0	9	9
% v intervalu BID	0,0 %	22,0 %	10,1 %
<b>Celkem</b>			
<b>Celkem</b>	48	41	89
% v intervalu BID	100,0 %	100,0 %	100,0 %

**Graf 19: Hypotéza číslo 2**



**Tabulka 66: Hypotéza číslo 2 - četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů, procentuální zastoupení výsledných skóre dle stanovených intervalů, relativní kumulativní četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů u Beckova inventáře deprese (BID)**

<b>Intervaly BID</b>	<b>Četnost výsledných intervalů BID</b>	<b>Procentuální zastoupení intervalů BID</b>	<b>Platná procentuální zastoupení intervalů BID</b>	<b>Relativní kumulativní četnost výsledných intervalů BID</b>
<b>0-11</b>	48	53,9	53,9	53,9
<b>12-63</b>	41	46,1	46,1	100,0
<b>Celkem</b>	89	100,0	100,0	

Celkový počet dotazníků pohybující se v intervalu 12–63 bodů u Beckova inventáře deprese je 41 (46,1 %). Ostatních dotazníků v intervalu 0-11 je 48 (53,9 %).

#### **4.5.8 Hypotéza číslo 3**

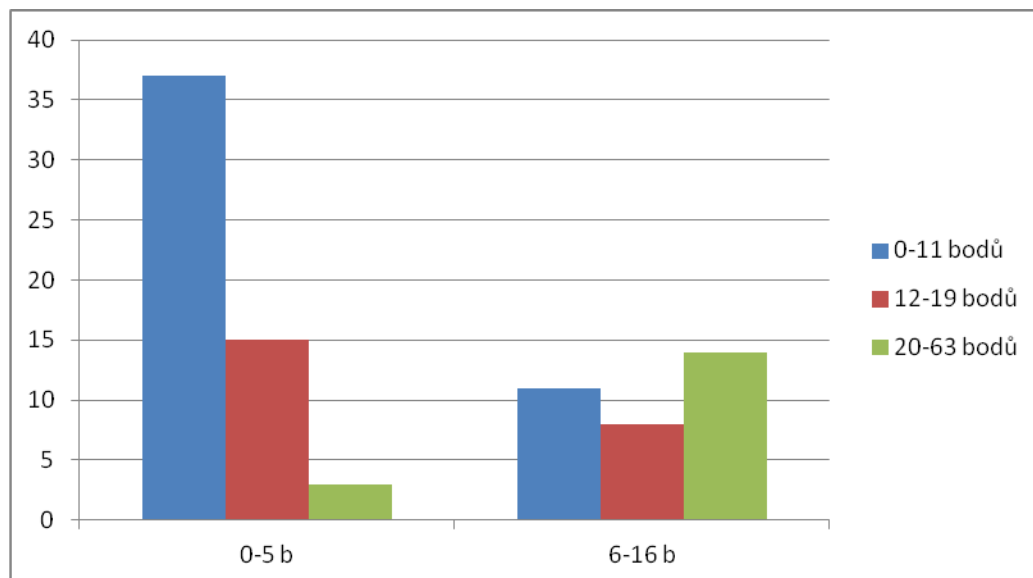
Hypotéza 3: Vyšší skóre u depresivních symptomů (znamenající mírnou až těžkou formu deprese 20-63 bodů) zjištěných u pacientů Beckovým inventářem deprese nebude znamenat automaticky také zjištění středně vysokého až vysokého suicidálního rizika (6-16 bodů) zjišťovaného Pöldingerovým dotazníkem.

Korelační koeficient je u této hypotézy 0,43205106, což znamená středně těsný vztah mezi stanovenými proměnnými. Hypotéze odpovídají výsledky Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku u 15 respondentů.

**Tabulka 67: Hypotéza číslo 3**

Intervaly PD	Intervaly BID			Celkem
	0-11	12-19	20-63	
<b>0-5</b>  Celkem % v intervalu BID	37 77,1 %	16 66,7 %	2 11,8 %	55 61,8 %
<b>6-16</b>  Celkem % v intervalu BID	11 22,9 %	8 33,3 %	15 88,2 %	34 38,2 %
<b>Celkem</b>  Celkem % v intervalu BID	48 100,0 %	24 100 %	17 100,0 %	89 100,0 %

**Graf 20: Hypotéza číslo 3**



**Tabulka 68: Hypotéza číslo 3 - četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů, procentuální zastoupení výsledných skóre dle stanovených intervalů, relativní kumulativní četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů u Beckova inventáře deprese (BID)**

<b>Intervaly BID</b>	<b>Četnost výsledných intervalů BID</b>	<b>Procentuální zastoupení intervalů BID</b>	<b>Platná procentuální zastoupení intervalů BID</b>	<b>Relativní kumulativní četnost výsledných intervalů BID</b>
<b>0-11</b>	48	53,9	53,9	53,9
<b>12-19</b>	24	27,0	27,0	80,9
<b>20-63</b>	17	19,1	19,1	100,0
<b>Celkem</b>	89	100,0	100,0	

Celkový počet dotazníků pohybující se v intervalu 20–63 bodů u Beckova inventáře deprese je 17 (19,1 %). Ostatních dotazníků v intervalu 0-11 je 48 (53,9 %) a v intervalu 12-19 je 24 dotazníků (27 %)

#### **4.5.9 Hypotéza číslo 4**

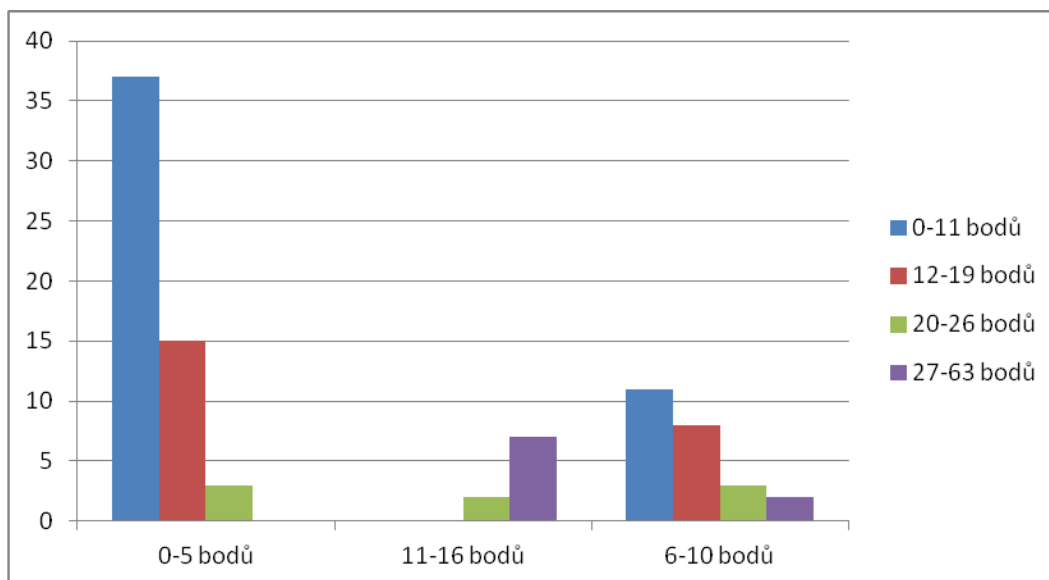
Hypotéza 4: V případě nízkého skóre depresivních symptomů zjištěného u pacientů pomocí Beckova inventáře deprese (znamenající žádnou depresi 0–11 bodů) bude skóre Pöldingerova dotazníku také nízké (0-5 bodů).

Korelační koeficient je u této hypotézy 0,650820119, což znamená středně těsný vztah mezi stanoveným proměnnými. Hypotéze odpovídají výsledky Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku u 37 respondentů.

**Tabulka 69: Hypotéza číslo 4**

Intervaly BID		Intervaly PD			Celkem
		0-5	6-10	11-16	
<b>0-11</b>	<b>Celkem</b>	37	11	0	48
	% v intervalu PD	66,1 %	45,8 %	0,0 %	53,9 %
<b>12-19</b>	<b>Celkem</b>	16	8	0	24
	% v intervalu PD	28,6 %	33,3 %	0,0 %	27,0 %
<b>20-26</b>	<b>Celkem</b>	3	3	2	8
	% v intervalu PD	5,4 %	12,5 %	22,2 %	9,0 %
<b>27-63</b>	<b>Celkem</b>	0	2	7	9
	% v intervalu PD	0,0 %	8,3 %	77,8 %	10,1 %
<b>Celkem</b>	<b>Celkem</b>	56	24	9	89
	% v intervalu PD	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

**Graf 21: Hypotéza číslo 4**



## 5. SOUHR VÝSLEDKŮ

Práce popsala suicidální problematiku a problematiku deprese obecně a ve spojení s adiktologickou klientelou. Ve výzkumné části pak zkoumala souvislost rizika suicidia a depresivních symptomů u pacientů - mužů závislých na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě ve vybraných zařízeních v ČR, čímž byl splněn ústřední cíl práce. Pomocí anamnestického dotazníku byly zjištěny základní a specifické adiktologické údaje o respondentech výzkumného šetření. Beckův inventář deprese byl použit ke zjišťování přítomnosti depresivních symptomů u cílové skupiny výzkumného šetření. Použitím Pöldingerova dotazníku byla odhalena míra suicidálního rizika u cílové skupiny výzkumného šetření. Tyto tři dotazníky byly vyplněny 91 respondenty ze 7 psychiatrických léčeben, které náleží k deseti největším psychiatrickým léčebnám v ČR. Do výzkumného šetření se zapojila konkrétně tato zařízení: PL Bohnice, PL Opava, PL Havlíčkův Brod, PL Kosmonosy, PL Jihlava, PL Šternberk a PL Horní Beřkovice. Zpracováno bylo z důvodu nevyhovění kritériím pro výběr výzkumného souboru 89 dotazníků. Dotazníky byly sesbírány po domluvě osobně a ve dvou případech byly zaslány prostřednictvím pošty.

Ohrožení suicidiem u osob závislých na návykových látkách v ústavní léčbě naznačuje studie, která zjistila, že nejčastěji se v roce 2002 o sebevraždu pokusili lidé s endogenní depresí, závislí na psychoaktivních látkách a lidé s neurotickými poruchami. Bylo také zjištěno, že až 67,27 % těch, kteří se v roce 2002 pokusili o sebevraždu, už někdy bylo v psychiatrické péči (Izáková, Novotný, & André, 2006). Další studie potvrzující zvýšený výskyt sebevražd uživatelů drog oproti běžné populaci je z roku 1999 a bylo v ní zjištěno, že mezi zneužíváním návykových látek a výskytem sebevražd existují významné korelace (Mino, Bousquet, & Broers, 1999). Koutek a Kocourková (2007) řadí drogovou závislost do skupiny rizikových faktorů pro suicidium. Podle nich též některé zdroje udávají, že 18 % závislých na návykových látkách spáchá sebevraždu.

Tato kapitola shrnuje výsledky práce vzhledem ke stanoveným hypotézám s pomocí výpočtu korelace (závislosti). Stanovením korelačních koeficientů jsme zjistili, které hypotézy jsou více a které méně pozitivně korelovány. Korelační



koeficient mezi jednotlivými výsledky Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku (bez přihlédnutí ke stanoveným intervalům obou dotazníků) je 0,692012, což znamená středně těsný vztah mezi stanovenými proměnnými, ale zároveň je to vyšší korelační koeficient než udávají všechny hypotézy.

Hypotéza 1. Výsledek suicidálního rizika zjišťovaného Pöldingerovým dotazníkem bude středně vysoký až vysoce rizikový (6-16 bodů) u pacientů, kteří budou také vysoce skórovat u Beckova inventáře deprese (27-63 bodů - těžká forma deprese) – hypotéza vykazuje středně těsný vztah mezi proměnnými. Korelační koeficient této hypotézy je 0,4754593. Hypotéze odpovídají výsledky Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku u 9 respondentů.

Hypotéza 2. Středně vysoké suicidální riziko (6-10 bodů) zjištěné u pacientů Pöldingerovým dotazníkem bude spojeno s určitou mírou zjištěných depresivních symptomů (znamenajících slabou až těžkou formu deprese 12-63 bodů) Beckovým inventářem deprese - hypotéza vykazuje slabý vztah mezi proměnnými. Korelační koeficient této hypotézy je 0,39090161. Hypotéze odpovídají výsledky Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku u 13 respondentů.

Hypotéza 3. Vyšší skóre u depresivních symptomů (znamenající mírnou až těžkou formu deprese 20-63 bodů) zjištěných u pacientů Beckovým inventářem deprese nebude znamenat automaticky také zjištění středně vysokého až vysokého suicidálního rizika (6-16 bodů) zjišťovaného Pöldingerovým dotazníkem - hypotéza vykazuje středně těsný vztah mezi proměnnými. Korelační koeficient této hypotézy je 0,43205106. Hypotéze odpovídají výsledky Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku u 15 respondentů.

Hypotéza 4. V případě nízkého skóre depresivních symptomů zjištěného u pacientů pomocí Beckova inventáře deprese (znamenající žádnou depresi 0–11 bodů) bude skóre Pöldingerova dotazníku také nízké (0-5 bodů) - hypotéza vykazuje středně těsný vztah mezi proměnnými. Korelační koeficient této hypotézy

je 0,650820119. Hypotéze odpovídají výsledky Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku u 37 respondentů.

Omezení této práce můžeme najít v nedostatečně velkém výzkumném souboru, který byl sesbírán pouze ze 7 psychiatrických léčeben, které patří k 10 největším psychiatrickým léčebnám v České republice. Omezení je také v tom, že respondenti byli v léčebně různě dlouhou dobu (7–240 dní), za kterou by se jejich skóre zejména u Beckova inventáře deprese (který je hodnocen jen za předešlých 7 dní) pravděpodobně měnilo dle různých fází léčby. Obohacením by tedy bylo dát pacientům Beckův inventář deprese a Pöldingerův dotazník na počátku léčby v ústavním zařízení a na konci léčby, nebo po určitých časových intervalech. Výzkumné šetření se také nezabývalo ženami závislými na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě, jejichž výsledky by mohly být porovnány s výsledky u mužů.

## 6. DISKUZE

Jedním ze základních předpokladů, kvůli kterým byla tato práce vytvořena, je potvrzení toho, že míra rizika suicidia a výskyt depresivních symptomů bude korelovat především u krajních výsledků obou dotazníků (výsledek v rozmezí středně vysokého až vysokého rizika suicidia a těžké formy deprese nebo naopak u výsledků v rozmezí nízkého rizika suicidia a žádné deprese). Toto se dle korelačních koeficientů hypotézy číslo 1 a 4 prokázalo střední závislostí. Avšak při zkoumání souvislosti mezi oběma typy dotazníků bez přihlédnutí ke stanoveným intervalům byl zjištěn korelační koeficient vyšší než u všech jednotlivých hypotéz. Zkreslení tohoto výzkumného šetření může spočívat ve vlastním stanovení intervalů pro zařazení výsledků z Pöldingerova dotazníku do nízkého, středního a vysokého rizika suicidia s příslušnými bodovými intervaly. Oficiální intervaly pro rozdělení výsledků a určení míry suicidálního rizika pro Pöldingerův dotazník totiž v dostupných pramenech nebyly nalezeny. Popsané zkreslení může být i důvodem toho, že hypotéza 2 vykazovala pouze slabý vztah mezi proměnnými.

Další příčinou nepotvrzení hypotézy 2 může být to, že navzdory diagnostikované depresi existují pacienti, kteří sebevražedné tendence nemají.

A naopak i přes časté suicidální představy někteří pacienti depresivními symptomy netrpí (Koutek, & Kocourková, 2007). Příkladem je tvrzení, že „jen“ dvě třetiny depresivních pacientů opravdu udává i sebevražedné myšlenky (Bareš, & Novák, 2008).

V zahraničním výzkumu byla zjištěna prevalence mírné depresivní poruchy u 40,3 % léčených uživatelů drog. Těžká depresivní porucha byla odhalena u 26,9 % léčených uživatelů drog (Weaver, Charles, Madden, & Renton, 2002). Ve zde uvedeném výzkumném šetření byl zjištěn výrazně nižší výskyt depresivních symptomů u uživatelů nealkoholových drog v ústavní léčbě. Skóre označující mírnou depresi bylo zjištěno u 8 respondentů (8,99 %). Kdybychom k tomuto výsledku však započítali i respondenty pohybující se ve skóre slabé deprese, dostali bychom dohromady 32 respondentů (35,96 %), což už by se blížilo výsledku v uvedeném zahraničním výzkumu. Depresivní symptomy ukazující na těžkou depresivní poruchu byly zjištěny u 9 respondentů (10,11 %). Rozdíly ve výsledcích výzkumů mohou být způsobeny odlišnou metodologií výzkumů, odlišnými diagnostickými prostředky a rozdílnými parametry pro výběr respondentů.

V roce 2000 bylo týmem J. Rabocha provedeno šetření na reprezentativním vzorku české populace, které ukázalo, že v ČR je aktuálně výskyt depresivních stavů vyšší než v zemích EU. Půlroční prevalence byla zjištěna u 15,2 % obyvatelstva. Vyšší hodnoty byly u nezaměstnaných (19,1 %), obyvatel velkých měst (19,7 %), osaměle žijících lidí (21 %) a u osob z nejnižších příjmových skupin (21 %). V EU v současné době umírá v důsledku suicidií asi 58 000 občanů za rok, což je vyšší počet úmrtí než způsobených dopravními nehodami, vraždami nebo HIV/AIDS (Kebza, 2009). Ve srovnání s výsledky výzkumného šetření této práce vidíme, že depresivní symptomy se projevují u 46,07 % respondentů v rozmezí slabé až těžké deprese. Depresivní symptomy však nejsou synonymem pro depresivní stavy, jejichž výskyt zkoumal tým J. Rabocha, což vzájemné srovnávání znemožňuje. Každopádně však respondenti léčící se ze závislosti na návykových látkách v ústavní léčbě ve větší míře splňují jmenované rizikové faktory jako nezaměstnanost, která je přítomna u 40 respondentů (57,97 %) z celého souboru. Z toho může nepřímo vyplývat, že tito respondenti patří k nižším příjmovým skupinám. Tato otázka ohledně výše příjmu však ve výzkumném

šetření nebyla položena, tudíž je to jen možný nepotvrzený odhad. Ve výzkumném šetření se však vyskytovala otázka směřující k socioekonomickému statusu rodiny respondentů, kdy volili mezi nižší, střední a vyšší třídou. Nejvíce respondentů v počtu 66 (75 %) zvolili „střední třídu“. Nižší třídu uvedlo 13 respondentů (14,77 %) a vyšší třídu 9 respondentů (10,23 %). Interpretace této otázky však může být sporná, jelikož každý si pod pojmy nižší, střední a vyšší třída představuje něco jiného. Zkreslení také mohlo nastat z důvodu zaměření otázky na rodinu respondentů, což někdy mohlo způsobit odchýlení od zhodnocení i svého vlastního socioekonomického statusu. Otázka týkající se toho, jestli respondenti žijí osaměle, nebo pohromadě s dalšími lidmi se objevila v Pöldingerově dotazníku. Pohromadě s dalšími lidmi žije 64 respondentů (72,73 %) a samostatně žije 24 respondentů (27,27 %), což tedy nejspíše výsledný výskyt depresivních symptomů mezi respondenty neovlivnilo tolik jako výše uvedená nezaměstnanost.

Bouček (2006) tvrdí, že deprese jako vážné onemocnění mozku se týká až 10 % obyvatelstva. Toto tvrzení bychom mohli například srovnat s kategoriemi Beckova inventáře deprese v rámci intervalů těžké a mírné deprese. Depresivní symptomy odpovídající těžké formě deprese uvedlo 9 respondentů (10,11 %), což odpovídá výše uvedeným odhadům. V intervalu mírné deprese jako druhé „nejvíce depresivní“ kategorii se pak nacházelo 8 respondentů (8,99 %). Podobné odhady existují i u celoživotního rizika vzniku deprese, který se u žen pohybuje okolo 10-25 % a u mužů kolem 5-12 % (Smolík, 1996).

Další výzkum zabývající se pokusy o sebevraždu se zaměřuje na účastníky třech léčebných modalit a účastníky bez léčby, kteří jsou závislí na heroinu. Výzkum proběhl v rámci australské studie ATOS (Australian Treatment Outcome Study) a odhalil, že 34 % účastníků studie se někdy ve svém životě pokusilo o sebevraždu. Respondenti této studie byli uživatelé drog (především se závislostí na heroinu) vstupující do substituční léčby metadonem či buprenorfinem, uživatelé vstupující na detoxifikaci, uživatelé nastupující pobytovou léčbu a uživatelé bez léčby. Výskyt pokusů o sebevraždu během posledních 12 měsíců se pohyboval okolo 11 % u respondentů vstupujících do substituční léčby a respondentů bez léčby a kolem 17 % u respondentů nastupujících léčbu pobytovou. Byly také objeveny faktory související s nedávnými pokusy o sebevraždu. Konkrétně tyto faktory: nástup do pobytové léčby, ženské pohlaví,

mladší věk, nižší vzdělání, rozsáhlejší užívání více drog, užívání benzodiazepinů, nedávné předávkování heroinem, endogenní deprese, současné sebevražedné myšlenky, hraniční porucha osobnosti a posttraumatická stresová porucha (Darke, Ross, Lynskey, & Teesson, 2004). Rozdíl mezi jmenovaným zahraničním výzkumem a výzkumným šetřením této práce je ve výběru respondentů, protože zahraniční výzkum se zabývá především závislými na heroinu v různých typech léčby či bez léčby, kdežto toto výzkumné šetření se zaměřuje na uživatele všech nealkoholových drog léčících se ze závislosti v ústavní či pobytové léčbě. Přes tyto rozdíly se pokusím toto výzkumné šetření vzhledem k uvedenému zahraničnímu výzkumu a jeho zjištěným faktorům spojeným s předchozím suicidálním pokusem popsat. V tomto výzkumném šetření byly zjištěny v rámci Pöldingerova dotazníku pokusy o sebevraždu u 25 respondentů (28,09 %), což se blíží údaji 34 % u zahraničního výzkumu. Porovnání doby, kdy se sebevražedný pokus udál, bohužel nemůžeme provést, jelikož v tomto výzkumu to nebylo sledováno. Je zajímavé, že mezi faktory souvisejícími s nedávným pokusem o sebevraždu je právě nástup do pobytové léčby, což odkazuje na rizikovější skupinu respondentů v pobytové léčbě. Dalším faktorem souvisejícím s nedávným suicidiem je nižší věk. V tomto výzkumném šetření bylo zapojeno 33 (37,51 %) respondentů od 15 do 25 let. V intervalu 26-30 let bylo uvedeno 22 (25 %) respondentů. Situaci ohledně vzdělání jako dalšího rizikového faktoru (v případě nižšího vzdělání) spojeného s předchozím suicidálním pokusem můžeme v našem souboru charakterizovat tak, že 31 (34,83 %) respondentů uvedlo absolvování základního vzdělání a 33 (37,08 %) respondentů uvedlo dosažení vyučení s výučním listem. V případě užívání více drog ve větším rozsahu (pokud uvažujeme o užívání více než dvou druhů drog) má výzkumný soubor tohoto šetření pouze zanedbatelný počet respondentů splňujících toto kritérium. Užívání benzodiazepinů jako další faktor je ve výzkumném šetření skryto pod kategorií „léky“, kterou jako svou hlavní zvolilo 6 respondentů (6,74 %). Celkově však s respondenty, kteří uvedli jako hlavní drogy i další návykové látky mimo léky, je tato kategorie obsazena 10 respondenty (11,24 %). Zahraniční výzkum uvádí také jako faktor související se suicidálním pokusem výskyt současných sebevražedných myšlenek. V tomto ohledu můžeme říct, že 21 respondentů (23,6 %) přiznává přemýšlení o sebevraždě v současnosti. Další

faktory uváděné zahraniční studií jako rizikové pro předchozí suicidální pokus (předávkování heroinem či jinými návykovými látkami, hraniční porucha osobnosti, posttraumatická stresová porucha a endogenní deprese) nebyly v tomto výzkumném šetření zkoumány. V případě endogenní deprese, můžeme jen polemizovat, jelikož tato práce zkoumala pouze výskyt depresivních symptomů u respondentů. Celkově pak dle výsledků Pöldingerova dotazníku bylo zjištěno středně vysoké suicidální riziko u 24 respondentů (26,97 %) a vysoké suicidální riziko u 9 respondentů (10,11 %). Pokud tyto skupiny sečteme, tak dostaneme 33 respondentů (37,08 %) ohrožených středně vysokým či vysokým rizikem suicidia.

Omezení této práce jistě tkví v nedostatečně velkém výzkumném souboru. V ideálním případě by bylo výzkumné šetření provedeno ve všech psychiatrických léčebnách v ČR, které provádějí ústavní léčbu u nealkoholových závislostí. Přínosem by jistě také bylo podat pacientům Beckův inventář deprese a Pöldingerův dotazník na začátku léčby v ústavním zařízení a na konci léčby (nebo po určitých stejně velkých časových intervalech, jelikož délka léčby může být u každého pacienta jiná) a výsledky pak mezi sebou porovnat, čímž bychom zjistili jaký má ústavní typ léčby vliv na tyto dvě zkoumané oblasti. Do výzkumného šetření by také mohly být zařazeny ženy a jejich výsledky srovnány s výsledky mužů. Stejně tak by bylo dobré, provést toto výzkumné šetření u závislostí na alkoholu či u patologického hráčství u žen a mužů a porovnat ho s výsledky u nealkoholových závislostí.

## **ZÁVĚR**

V úvodních kapitolách se práce snažila stručně představit problematiku suicidia. Dále se práce v teoretické části stručně zabývala depresí. Poté se tato obě témata pokusila propojit s adiktologickou problematikou. Ve výzkumné části pak bylo popsáno výzkumné šetření na téma souvislosti rizika suicidia a depresivních symptomů u zvolené skupiny respondentů – muži závislí na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě. Výsledky výzkumného šetření svědčí spíše pro nižší výskyt depresivních symptomů i nižší suicidální riziko mezi pacienty (muži) závislými na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě. Do kategorie „žádná deprese“ bylo zařazeno dle bodového vyhodnocení

Beckova inventáře deprese 48 respondentů (53,93 %). Slabá deprese byla dle bodového ohodnocení určena u 24 respondentů (26,97 %). Nízké suicidální riziko bylo zjištěno u 56 respondentů (62,92 %). Patrná je také střední míra závislosti mezi výsledky Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku v případě obou nízkých či naopak v obou vysokých počtech bodů dle hypotézy 1 a 4. Přesněji u hypotézy 1 byla zjištěna střední míra závislosti mezi středně vysokým až vysokým rizikem suicidia a těžkou formou deprese. U hypotézy 4 byla odhalena střední míra závislosti mezi výsledky ukazující na žádnou depresi a nízké riziko suicidia. Nepotvrdila se závislost mezi slabou až těžkou depresí a středně vysokým rizikem suicidia. Nejvyšší korelační koeficient (0,692012), který se však stále pohybuje ve střední závislosti, byl zjištěn mezi jednotlivými výsledky Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku bez ohledu ke stanoveným intervalům obou dotazníků.

Jelikož studie na téma souvislosti rizika suicidia a výskytu depresivních symptomů u pacientů závislých na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě nebyla v České republice provedena, můžeme tuto práci hodnotit jako celkově přínosnou. Do budoucna by jistě bylo dobré provést podobné šetření i u žen závislých na nealkoholových návykových látkách a celkově i u závislosti na alkoholu či u patologického hráčství a výsledky porovnat.

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Anamnestické údaje – věk .....	77
Graf 2: Anamnestické údaje – rodinný stav .....	78
Graf 3: Anamnestické údaje – nejvyšší dosažené vzdělání.....	79
Graf 4: Anamnestické údaje – stálé zaměstnání .....	80
Graf 5: Anamnestické údaje – charakteristika situace ohledně zaměstnání u respondentů, kteří nemají stálé zaměstnání .....	81
Graf 6: Anamnestické údaje – délka nezaměstnanosti v počtu měsíců .....	82
Graf 7: Anamnestické údaje – socioekonomický status rodiny respondentů . .....	83
Graf 8: Anamnestické údaje – celkové pořadí nynější léčby .....	84
Graf 9: Anamnestické údaje – délka aktuálně probíhající léčby v počtu dní	85
Graf 10: Anamnestické údaje – hlavní užívaná droga .....	87
Graf 11: Anamnestické údaje – hlavní užívaná droga s možností zadat u jednoho respondenta více odpovědí.....	89
Graf 12: Anamnestické údaje – délka závislosti s odečtením dob abstinence .....	91
Graf 13: Anamnestické údaje – délka abstinence od posledního užití nealkoholové drogy.....	92
Graf 14: Anamnestické údaje – délka abstinence od posledního užití alkoholu.....	94
Graf 15: Beckův inventář deprese – zjištěná míra depresivních symptomů	97
Graf 16: Pöldingerův dotazník – zjištěná míra suicidálního rizika .....	98
Graf 17: Srovnání výsledných skóre z Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku celého souboru .....	100
Graf 18: Hypotéza číslo 1 .....	121
Graf 19: Hypotéza číslo 2.....	123
Graf 20: Hypotéza číslo 3.....	125
Graf 21: Hypotéza číslo 4.....	127



## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Dimenze Beckova inventáře deprese (Křivohlavý, 2003, s. 171-172).....	73
Tabulka 2: Vyhodnocení Beckova inventáře deprese (Křivohlavý, 2003, s. 171).....	74
Tabulka 3: Vyhodnocení Pöldingerova dotazníku.....	75
Tabulka 4: Anamnestické údaje – věk .....	77
Tabulka 5: Anamnestické údaje – rodinný stav .....	78
Tabulka 6: Anamnestické údaje – nejvyšší dosažené vzdělání.....	79
Tabulka 7: Anamnestické údaje – stálé zaměstnání.....	80
Tabulka 8: Anamnestické údaje – charakteristika situace ohledně zaměstnání u respondentů, kteří nemají stálé zaměstnání .....	81
Tabulka 9: Anamnestické údaje – délka nezaměstnanosti v počtu měsíc ...	82
Tabulka 10: Anamnestické údaje – socioekonomický status rodiny respondentů.....	83
Tabulka 11: Anamnestické údaje – celkové pořadí nynější léčby .....	84
Tabulka 12: Anamnestické údaje – délka aktuálně probíhající léčby v počtu dní.....	85
Tabulka 13: Anamnestické údaje – hlavní užívaná droga.....	86
Tabulka 14: Anamnestické údaje – hlavní užívaná droga s možností zadat u jednoho respondenta více odpovědí.....	88
Tabulka 15: Anamnestické údaje – délka závislosti s odečtením dob abstinence.....	90
Tabulka 16: Anamnestické údaje – délka abstinence od posledního užití nealkoholové drogy.....	92
Tabulka 17: Anamnestické údaje – délka abstinence od posledního užití alkoholu.....	93
Tabulka 18: Beckův inventář deprese – zjištěná míra depresivních symptomů.....	96
Tabulka 19: Pöldingerův dotazník – zjištěná míra suicidálního rizika.....	97
Tabulka 20: Srovnání výsledných skóre z Beckova inventáře deprese (BID) a Pöldingerova dotazníku (PD) celého souboru.....	99

Tabulka 21: Výsledné počty bodů, četnost výsledných skóre, procentuální zastoupení výsledných skóre, relativní kumulativní četnost výsledných skóre u Beckova inventáře deprese (BID).....	101
Tabulka 22: Výsledné počty bodů, četnost výsledných skóre, procentuální zastoupení výsledných skóre, relativní kumulativní četnost výsledných skóre u Pöldingerova dotazníku (PD).....	102
Tabulka 23: Četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů, procentuální zastoupení výsledných skóre dle stanovených intervalů, relativní kumulativní četnost výsledných intervalů u Beckova inventáře deprese (BID).....	102
Tabulka 24: Četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů, procentuální zastoupení výsledných skóre dle stanovených intervalů, relativní kumulativní četnost výsledných intervalů u Pöldingerova dotazníku (PD).....	103
Tabulka 25: Minimální a maximální výsledné skóre, průměr výsledného skóre, medián a modus zjištěný u Beckova inventáře deprese a Pöldingerova dotazníku .....	103
Tabulka 26: Výsledky dimenze A dysforie (špatná nálada) pro celý soubor... ..	104
Tabulka 27: Výsledky dimenze B - beznaděje pro celý soubor .....	105
Tabulka 28: Výsledky dimenze C - pocit, že jsem selhal pro celý soubor.	105
Tabulka 29: Výsledky dimenze D - narušený vztah k objektu pro celý soubor.....	106
Tabulka 30: Výsledky dimenze E - pocit viny pro celý soubor .....	106
Tabulka 31: Výsledky dimenze F - potřeba trestu pro celý soubor .....	107
Tabulka 32: Výsledky dimenze G – nenávisť sebe sama pro celý soubor.	107
Tabulka 33: Výsledky dimenze H - vlastní výčitky pro celý soubor .....	108
Tabulka 34: Výsledky dimenze I – sebevražednost pro celý soubor .....	108
Tabulka 35: Výsledky dimenze J - pláč pro celý soubor .....	109
Tabulka 36: Výsledky dimenze K – dráždivost pro celý soubor.....	109
Tabulka 37: Výsledky dimenze L - narušení kontaktů pro celý soubor .....	110
Tabulka 38: Výsledky dimenze M - neschopnost rozhodování pro celý soubor.....	110

Tabulka 39: Výsledky dimenze N - negativní představy o sobě samém pro celý soubor.....	111
Tabulka 40: Výsledky dimenze O - neschopnost práce pro celý soubor...	111
Tabulka 41: Výsledky dimenze P - poruchy spánku pro celý soubor.....	112
Tabulka 42: Výsledky dimenze Q – únavnost pro celý soubor.....	112
Tabulka 43: Výsledky dimenze R - ztráta chuti pro celý soubor .....	113
Tabulka 44: Výsledky dimenze S - úbytek na váze pro celý soubor .....	113
Tabulka 45: Výsledky dimenze T - hypochondrie (těžkomyslnost, splín) pro celý soubor.....	114
Tabulka 46: Výsledky dimenze U - ztráta libida (sexuálních zájmů) pro celý soubor.....	114
Tabulka 47: Výsledky otázky číslo 1 „Přemýšlel jste v současné době o možnosti sebevraždy?“ pro celý soubor.....	115
Tabulka 48: Výsledky otázky číslo 2 „Přemýšlel jste o této možnosti často?“ pro celý soubor.....	115
Tabulka 49: Výsledky otázky číslo 3 „Musíte o tom přemýšlet, přestože nechcete? Vnucují se Vám takové myšlenky vlastně samy proti vaší vůli?“ pro celý soubor .....	116
Tabulka 50: Výsledky otázky číslo 4 „Už jste někdy uvažoval o způsobu sebevraždy?“ pro celý soubor .....	116
Tabulka 51: Výsledky otázky číslo 5 „Dělal jste již nějaké přípravy k sebevraždě?“ pro celý soubor.....	116
Tabulka 52: Výsledky otázky číslo 6 „Mluvil jste s někým o svých sebevražedných úmyslech?“ pro celý soubor .....	117
Tabulka 53: Výsledky otázky číslo 7 „Už jste se někdy v minulosti pokusil o sebevraždu?“ pro celý soubor .....	117
Tabulka 54: Výsledky otázky číslo 8 „Spáchal někdo z vašich příbuzných či přátel sebevraždu?“ pro celý soubor.....	117
Tabulka 55: Výsledky otázky číslo 9 „Cítíte, že vaše situace je strašná a beznadějná?“ pro celý soubor.....	118
Tabulka 56: Výsledky otázky číslo 10 „Dělá vám potíže myslet na něco jiného, než na současné problémy?“ pro celý soubor.....	118

Tabulka 57: Výsledky otázky číslo 11 „Máte nyní méně kontaktů se svými příbuznými a přáteli?“ pro celý soubor .....	118
Tabulka 58: Výsledky otázky číslo 12 „Máte zájem o to, co se děje ve vašem okolí nebo zaměstnání? Baví vás vaše koníčky?“ pro celý soubor .....	119
Tabulka 59: Výsledky otázky číslo 13 „Máte kolem sebe někoho, s kým byste volně a s důvěrou mohl pohovořit o svých problémech?“ pro celý soubor.....	119
Tabulka 60: Výsledky otázky číslo 14 „Žijete pohromadě s dalšími lidmi (rodina, přátelé)?“ pro celý soubor.....	119
Tabulka 61: Výsledky otázky číslo 15 „Máte pocit výrazné zodpovědnosti k rodině, zaměstnání?“ pro celý soubor .....	120
Tabulka 62: Výsledky otázky číslo 16 „Myslíte, že jste v zásadě věřící člověk?“ pro celý soubor.....	120
Tabulka 63: Hypotéza číslo 1 .....	121
Tabulka 64: Hypotéza číslo 1 - četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů, procentuální zastoupení výsledných skóre dle stanovených intervalů, relativní kumulativní četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů u Pöldingerova dotazníku (PD) .....	122
Tabulka 65: Hypotéza číslo 2 .....	123
Tabulka 66: Hypotéza číslo 2 - četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů, procentuální zastoupení výsledných skóre dle stanovených intervalů, relativní kumulativní četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů u Beckova inventáře deprese (BID) .....	124
Tabulka 67: Hypotéza číslo 3 .....	125
Tabulka 68: Hypotéza číslo 3 - četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů, procentuální zastoupení výsledných skóre dle stanovených intervalů, relativní kumulativní četnost výsledných skóre dle stanovených intervalů u Beckova inventáře deprese (BID) .....	126
Tabulka 69: Hypotéza číslo 4 .....	127

## Literatura a internetové zdroje

1. Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Hennen, J. (2003). Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and new findings [Electronic version]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(5), 44-52.
2. Bareš, M., & Novák T. (2008). Depresivní porucha. In D. Seifertová, J. Praško, J. Horáček, & C. Höschl (Eds.), *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti* (s. 103-130). Praha: Medical Tribune CZ.
3. Borges, G., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2000). Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior [Electronic version]. *American Journal of Epidemiology*, 151(8), 781 – 789.
4. Bouček, J. (2006). Depresivní fáze F 32, periodická depresivní porucha, trvalé poruchy nálady. In J. Bouček (Ed.), *Speciální psychiatrie* (s. 97-120). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
5. Budinský, L. (2000). *Sebevraždy slavných*. Praha: Knižní klub.
6. Cohen, R. M. (2002). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál.
7. Češková, E. (2001). Afektivní poruchy. In J. Raboch, & P. Zvolský (Eds.), *Psychiatrie* (s. 253-274). Praha: Galén.
8. Češková, E. (2010). Deprese u mužů. Staženo dne 15. 1. 2012. Z: <http://www.cssmweb.cz/news/deprese-u-muzu/>
9. Češková, E. (2003). Jak správně zvolit antidepressivum? *Česká a slovenská psychiatrie*, 99(5), 267–272.
10. Češková, E. (2009). Léčba hospitalizovaných nemocných s depresí – stačí nám antidepressiva? *Česká a slovenská psychiatrie*, 105(5), 196-201.

11. Darke, S., Ross, J., Lynskey, M., & Teesson M. (2004). Attempted suicide among entrants to three treatment modalities for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence and risk factors [Electronic version]. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(3), 315.
12. Deykin, E. Y., & Buka, S. L. (1994). Suicidal ideation and attempts among chemically dependent adolescents [Electronic version]. *American Journal of Public Health*, 84(4), 634-639.
13. Disman, M. (1993). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum.
14. Donaldson, D. (1997). Psychiatric disorders with a biological basis. In M. Vágnerová (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
15. Dörner, K., & Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské: Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada.
16. Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
17. Ezzell, C. (2004). Proč?: Neurověda sebevraždy. *Scientific american*, 3(1), 43-49.
18. Fischer, S. (2006). *Etopedie v penitenciární praxi*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem.
19. Fischer, S., & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada.
20. Fišar, Z. (2009). Poruchy nálady. In Z. Fišar (Ed.), *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie* (249-296). Praha: Grada.
21. Fišar, Z. (2009). Psychofarmaka a jiné psychoaktivní látky. In Z. Fišar (Ed.), *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie* (137-192). Praha: Grada.
22. Frankel, B., & Kranzová, R. (1998). *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

23. Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
24. Havránková, O. (2007). Sebevražedná tématica. In D. Vodáčková (Ed.), *Krizová intervence* (s. 482-498). Praha: Portál.
25. Honzák, R. (1999). *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén.
26. Izáková, L., Novotný, V., & André, I. (2006). Klinické aspekty suicidality. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(3), 137-141.
27. Jakoby, B. (2004). *Žádná duše se neztratí: Pomoc a naděje při náhlých úmrtích a sebevraždách*. Liberec: Dialog.
28. Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (s. 53-74). Praha: Grada.
29. Kastová, V. (2000). *Krize a tvořivý přístup k ní: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál.
30. Kebza, V. (2009). *Chování člověka v krizových situacích*. Praha: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta.
31. Kjelsberg, E., Neegaard, E., & Dahl, A. A. (1994). Suicide in adolescent psychiatric in-patients: Incidence and predictive factors [Electronic version]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(4), 235-241.
32. Klimpl, P. (1998). *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada.
33. Koutek, J. (2000). Suicidalita v dětství a adolescenci. In V. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková, & E. Malá (Eds.), *Dětská a adolescentní psychiatrie* (s. 405-409). Praha: Portál.
34. Koutek, J., & Kocourková, J. (2007). *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál.

35. Kryl, M. (2006). Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(5), 250-255.
36. Křivohlavý, J. (1997). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada.
37. Křivohlavý, J. (2003). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada.
38. Kubíčková, N. (2002). Sebevražda: problém pozůstalých?. In I. Hodovský & M. Dopita, (Eds.), *Etika a sociální deviace*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta.
39. Kudrle, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (s. 107-113). Praha: Úřad vlády ČR.
40. Kurzová, H., Honzák, R., & Krombholz, J. (2003). *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře: postgraduální učebnice psychiatrie pro praktické lékaře, příručka k atestaci, každodenní pomocník v ambulanci, úvod do malé i velké psychiatrie*. Praha: Karolinum.
41. Laňková, J., & Siblíková, J. (2004). *Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
42. Látalová, K., & Praško, J. (2009). Bipolární afektivní porucha a suicidalita. *Česká a slovenská psychiatrie*, 105(3), 129-134.
43. Lorenc, J. (2007). Psychopatologické otázky v krizové intervenci. In D. Vodáčková (Ed.), *Krizová intervence* (s. 401-425). Praha: Portál.
44. Maršálek, M. (1998). Zvyšuje podávání antidepresiv pohotovost k sebevraždě? *Československá psychiatrie*, 94(5), 272–281.
45. McKenzie, K. (2001). *Deprese*. Praha: Grada.
46. Mino, A., Bousquet, A., & Broers, B. (1999). Substance abuse and drug-related death, suicidal ideation, and suicide: a review [Electronic version]. *Crisis*, 20(1), 28–35.



47. Miovská, L., Miovský, M., & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (s. 75-87). Praha: Grada.
48. Moody, R. (1994). *Život po životě; Úvahy o životě po životě; Světlo po životě*. Praha: Odeon, Argo.
49. Mühlpachr, P. (2008). *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita.
50. Navrátilová, M., Češková, E., & Sobotka, L. (2000). *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf.
51. Pokora, J. (2000). Indikace léčby antidepresivy u závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách. *Česká a slovenská psychiatrie*, 96(1), 20-24.
52. Praško, J. (Ed.). (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
53. Praško, J. (c2007). Suicidální pacient. In E. Herman, J. Praško, & D. Seifertová (Eds.), *Konziliární psychiatrie* (s. 213-220). Praha: Medical Tribune CZ, Galén.
54. Praško, J., & Doubek, P. (2008). Suicidalita. In D. Seifertová, J. Praško, J. Horáček, & C. Höschl (Eds.), *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti* (s. 531-550). Praha: Medical Tribune CZ.
55. Praško, J., Prašková H., & Prašková, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.
56. Raboch, J., & Laňková, J. (2008). *Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
57. Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie: Učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada.
58. Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.

59. Sonnenberg C. M., Beekman A. T., Deeg D. J., & vanTilburg, W. (2000). Sex differences in late-life depression [Electronic version]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 286-292.
60. Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
61. Špatenková, N. (2004). Sebevražda. In N. Špatenková (Ed.), *Krizová intervence pro praxi*. (s. 137-155). Praha: Grada.
62. Švestka, J. (2004). Memantin – necholinergní alternativa léčba Alzheimerovy a vaskulární demence. *Psychiatrie pro praxi*, 5(3), 162-168.
63. Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
64. Viewegh, J. (1996). *Sebevražda a literatura*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
65. Vimmer, M. (2008). Potíže s kauzalitou: Podíl halucinogenů, antidepresiv a isotretinoinu na rozvoji deprese a suicidálního chování. *Česká a slovenská psychiatrie*, 104(1), 27–31.
66. Vondráček, V. (1982). *Konání a jeho poruchy*. Praha: Univerzita Karlova.
67. Vondráček, V., & Holub, F. (c1993). *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. Praha: Columbus.
68. Vondráček, V., & Holub, F. (2003). *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. Praha: Columbus.
69. Weaver, T., Charles, V., Madden, P., & Renton, A. (2002). Co-morbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative Study (COSMIC). In Miovská, L., Miovský, M., & Kalina K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (s. 75-87). Praha: Grada.
70. Young, A. H., Currie A., Ashton, C. H. (1997). Antidepressant withdrawal syndrome. In R. M. Cohen (2002). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál.

71. Zemek, P. (2003). Suiciologie. In P. Zvolský (Ed.), Speciální psychiatrie (s. 189-190). Praha: Karolinum.

# PŘÍLOHY

## Seznam příloh:

Příloha 1: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2010 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011).....	1
Příloha 2: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami v l. 1998-2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011).....	2
Příloha 3: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2010 podle vybraných skupin drog a příčin smrti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011) .....	3
Příloha 4: Anamnestický dotazník.....	4
Příloha 5: Beckův inventář deprese.....	7
Příloha 6: Pöldingerův dotazník.....	11
Příloha 7: Informovaný souhlas .....	12
Příloha 8: Počet lůžek celkem, počet lůžek pro léčbu uživatelů návykových látek k 31. 12. 2010 a počet hospitalizací se základní diagnózou F10-F19 za rok 2010.....	14

**Příloha 1: Smrtelná předávkování drogami v ČR v r. 2010 podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011).**

Droga/věková skupina	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64	Celkem		
													Muži	Ženy	Celkem
Jen opiáty/opioidy (vyjma metadonu)	0	2	1	1	6	0	2	0	0	0	0	0	11	1	12
Jen metadon	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Více látek včetně opiátů/opioidů	0	1	0	2	2	0	0	0	1	0	0	0	5	1	6
- z toho metadon	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
<b>Celkem opiáty/opioidy</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>19</b>
Jedna nebo více látek, nikoliv však opiáty/opioidy	1	2	4	8	5	6	6	2	1	1	0	0	32	4	36
- z toho těkavé látky	1	1	2	4	1	1	5	0	1	0	0	0	14	2	16
- z toho pervitin	0	1	2	4	4	3	1	2	0	1	0	0	16	2	18
- z toho kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- z toho syntetické (taneční) drogy (např. MDMA)	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2
- z toho halucinogeny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Nespecifikováno/neznámo</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Celkem nelegální drogy a těkavé látky (selekce D EMCDDA)</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>49</b>	<b>6</b>	<b>55</b>
<b>Psychoaktivní léky</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>76</b>	<b>63</b>	<b>139</b>
- z toho benzodiazepiny	0	0	2	2	3	7	3	10	6	6	4	6	23	26	49
<b>Celkem</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>125</b>	<b>69</b>	<b>194</b>

Zdroj: Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., Grolmusová, L., Kiššová, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Preslová, I., Doležalová, P., Koňák, T. (2011). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010. Praha: Úřad vlády České republiky.

**Příloha 2: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami v I. 1998-2010 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011).**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Benzodiazepiny	41	56	65	66	50	91	94	56	50	58	77
Nelegální drogy a těkavé látky celkem	61	79	81	84	44	55	57	62	42	40	44
- z toho těkavé látky				15	14	22	20	18	14	14	10
- z toho opiáty/opioidy	40	45	47	56	21	21	19	24	10	14	15
- z toho amfetaminy (pervitin)	21	34	31	5	8	9	16	14	12	11	19
- z toho kokain	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0
- z toho syntetické (taneční) drogy	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0
- z toho halucinogeny	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
- z toho konopné látky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- z toho blíže neurčeno	0	0	1	8	1	2	1	3	5	0	0

	2009	2010
Benzodiazepiny	74	49
Nelegální drogy a těkavé látky celkem	49	55
- z toho těkavé látky	8	16
- z toho opiáty/opioidy	20	19
- z toho amfetaminy (pervitin)	18	18
- z toho kokain	0	0
- z toho syntetické (taneční) drogy	3	2
- z toho halucinogeny	0	0
- z toho konopné látky	0	0
- z toho blíže neurčeno	0	0

Pozn.: Těkavé látky jsou samostatně sledovány od r. 2001. Od r. 2002 jsou data z oddělení soudních lékařství k dispozici v elektronické databázové formě.

Zdroj: Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., Grolmusová, L., Kiššová, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Preslová, I., Doležalová, P., Koňák, T. (2011). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010. Praha: Úřad vlády České republiky.

**Příloha 3: Úmrtí za přítomnosti drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v r. 2010 podle vybraných skupin drog a příčin smrti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a SSLST ČLS JEP, 2011).**

Droga	Nemoc (n = 11)	Nehoda (n = 58)	Sebevražda (n = 46)	Zabití/vražda (n = 2)	Jiné (n = 0)	Celkem (n = 117)	Podíl (%)
Pervitin	7	27	15	1	0	50	42,7
THC	5	18	9	0	0	32	27,4
Benzodiazepiny	1	9	15	1	0	26	22,2
Jiné psychoaktivní léky	0	6	12	0	0	18	15,4
Opiáty/opioidy	0	2	2	0	0	4	3,4
Těkavé látky	0	3	0	0	0	3	2,6
MDMA a jiné syntetické (taneční) drogy	0	3	0	0	0	3	2,6
Kokain	0	0	2	0	0	2	1,7

Zdroj: Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., Grolmusová, L., Kiššová, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Preslová, I., Doležalová, P., Koňák, T. (2011). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010. Praha: Úřad vlády České republiky.

## **Příloha 4: Anamnestický dotazník**

### **Anamnestický dotazník**

V otázkách s uvedenými možnostmi, *zakroužkujte prosím vždy jednu odpověď*.  
V případě, že Vám žádná z uvedených odpovědí nevyhovuje, napište prosím Vaši odpověď na vymezené místo u otázky.

Moc Vám děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

1. Kolik je Vám let? .....

2. Jaký je Váš rodinný stav?

- A. Svobodný
- B. Ženatý
- C. Rozvedený
- D. Vdovec

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- A. Bez vzdělání
- B. Základní vzdělání
- C. Vyučení s výučním listem
- D. Odborné vyučení s maturitou
- E. Střední škola s maturitou
- F. Vysoká škola

4. Máte stálé zaměstnání?

- A. Ano
- B. Ne

5. Pokud jste na předchozí otázku č. 4 odpověděl „NE“ a nemáte tedy stálé zaměstnání, *zakroužkujte prosím jednu z možností, která se týká Vaší situace ohledně zaměstnanosti*. Pokud jste odpověděl u otázky č. 4 „ANO“, tak na tuto otázku prosím neodpovídejte.

- A. Mám příležitostné zaměstnání
- B. Mám občasné brigády
- C. Jsem nezaměstnaný

6. Pokud jste na předchozí otázku č. 5 odpověděl „JSEM NEZAMĚSTNANÝ“, napište prosím, jako dlouho jste nezaměstnaný v počtu měsíců zde.....



7. Jaký je socioekonomický status Vaší rodiny?

- A. Nižší třída
- B. Střední třída
- C. Vyšší třída

8. Kolikrát je celkově z úplně všech léčeb, kterými jste kdy prošel, tato léčba v psychiatrické léčebně na oddělení léčby závislostí?

První – druhá – třetí – čtvrtá – pátá – šestá a více

9. Jak dlouhou dobu už se léčíte v nyní probíhající léčbě v psychiatrické léčebně na oddělení léčby závislostí? Prosím napište Vaši odpověď číselně v počtu dní zde.....

10. Jaká byla Vaše hlavní užívaná droga? Prosím zakroužkujte Vaši odpověď, ale pokud byla Vaše hlavní droga jiná, než uvedené, prosím napište ji zde.....

- A. Marihuana
- B. Hašiš
- C. Pervitin
- D. Heroin
- E. Kokain

11. Jak dlouho už trvá Vaše závislost s odečtením dob abstinence? Prosím zakroužkujte Vaši odpověď, ale pokud trvá Vaše závislost déle, než je uvedeno v možnostech, napište prosím délku Vaší závislosti zde.....

1 rok – 2 roky – 3 roky – 4 roky – 5 let – 6 let – 7 let – 8 let – 9 let – 10 let

12. Jak dlouho nyní abstinujete od posledního užití nealkoholových drog? Prosím zakroužkujte Vaši odpověď, ale pokud je Vaše abstinence od drog delší, než uvedená rozmezí, tak napište prosím svou délku abstinence zde.....

- A. Méně než 2 týdny
- B. 2 týdny–1 měsíc
- C. 1–1,5 měsíce
- D. 1,5–2 měsíce
- E. 2–2,5 měsíce
- F. 2,5–3 měsíce
- G. 3–3,5 měsíce
- H. 3,5–4 měsíce

13. Jak dlouho nyní abstinujete od posledního požití alkoholu? Prosím zakroužkujte Vaši odpověď, ale pokud je Vaše abstinence od alkoholu delší, než uvedená rozmezí, tak napište prosím svou délku abstinence zde.....

- A. Méně než 2 týdny
- B. 2 týdny–1 měsíc
- C. 1–1,5 měsíce
- D. 1,5–2 měsíce
- E. 2–2,5 měsíce
- F. 2,5–3 měsíce
- G. 3–3,5 měsíce
- H. 3,5–4 měsíce

## **Příloha 5: Beckův inventář deprese**

### **BECKŮV INVENTÁŘ DEPRESE**

#### Instrukce k vyplnění dotazníku:

Tento dotazník obsahuje skupiny výroků. Prosím, pročtěte si pečlivě každou skupinu. Vyhledejte pak v každé skupině jeden výrok, který nejlépe popisuje to, jak jste se tento týden (včetně dnešního dne) cítili. Zakroužkujte číslo výroku, který jste zvolili. Když se vám v jedné skupině jeví, že je více výroků, jež by se hodily pro Váš stav ve stejné míře, můžete označit více čísel. Každopádně si pročtěte výroky v každé skupině dříve, nežli provedete volbu. Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

#### **A**

0 necítím se smutný

1 cítím se smutný

2 jsem stále smutný a nemohu se toho zbavit

3 jsem tak smutný a nešťastný, že to sotva snáším

#### **B**

0 nedívám se do budoucna s nějakou zvláštní odvahou

1 dívám se do budoucna bez odvahy

2 nemám nic, nač bych se mohl těšit

3 mám pocit, že je budoucnost beznadějná a že se situace nezlepší

#### **C**

0 necítím, že bych selhal, že bych byl neschopný

1 mám pocit, že jsem jako člověk zcela selhal

2 když se podívám zpět na svůj život, pak vidím jen spoustu nezdarů

#### **D**

0 mohu vše užívat tak jako dříve

1 nemohu věci užívat tak jako dříve

2 nemohu mít z ničeho pravé uspokojení

3 jsem se vším nespokojen, vše mne nudí

## **E**

- 0 nemám žádný pocit viny
- 1 mám pocit, že jsem snad něčím vinen
- 2 mám téměř stále pocit viny
- 3 mám stále pocit viny

## **F**

- 0 nemám pocit, že jsem trestán
- 1 mám pocit, že jsem snad trestán
- 2 čekám, že budu potrestán
- 3 mám pocit, že mám být potrestán

## **G**

- 0 nejsem zklamán sám sebou
- 1 jsem sám sebou zklamán
- 2 jsem hrozný
- 3 nenávidím sebe sama

## **H**

- 0 nemám pocit, že bych měl být horší než druzí
- 1 kritizuji se za své slabosti a chyby
- 2 stále si dělám výčitky pro své nedostatky
- 3 dávám si vinu za vše, co se nedaří

## **I**

- 0 nemyslím na to, že bych si mohl něco udělat
- 1 mnohdy myslím na sebevraždu, ale neudělal bych to
- 2 nejraději bych se zabil
- 3 zabil bych se, kdybych to uměl

## **J**

- 0 nepláču častěji než dříve
- 1 nyní pláču víc než dříve
- 2 nyní pláču po celou dobu
- 3 dříve jsem mohl plakat, ale nyní to nedokážu, i kdybych si to přál

## **K**

- 0 nejsem podrážděnější než dříve
- 1 snadněji se nyní rozzlobím nebo podráždím než dříve
- 2 cítím se stále podrážděný
- 3 věci, které mne dříve dráždily, se mne nyní už nedotýkají

## **L**

- 0 neztratil jsem zájem o druhé lidi
- 1 nyní se zajímám o druhé lidi méně než dříve
- 2 ztratil jsem z větší části zájem o druhé lidi
- 3 ztratil jsem veškerý zájem o druhé lidi

## **M**

- 0 jsem tak rozhodný jako vždy
- 1 nyní odkládám rozhodnutí častěji než dříve
- 2 činit rozhodnutí je pro mne obtížnější než dříve
- 3 nemohu učinit vůbec žádná rozhodnutí

## **N**

- 0 nemám pocit, že bych vypadal hůře než dříve
- 1 dělám si starosti, že vypadám staře nebo neatraktivně
- 2 mám pocit, že se v mém vzhledu dostavily změny, které mne činí neatraktivním
- 3 jsem ošklivý

## **O**

- 0 mohu pracovat tak dobře, jako dříve
- 1 musím se rozhodnout, než se dám do práce
- 2 musím se do každé činnosti nutit
- 3 nejsem schopen pracovat

## **P**

- 0 spím tak dobře jako vždy
- 1 nespím tak dobře jako dříve
- 2 probouzím se o 1 - 2 hodiny dříve než jindy a je mi zatěžko opět usnout
- 3 probouzím se o více hodin dříve než jindy a nemohu více usnout

## **Q**

- 0 neunavím se snadněji než dříve
- 1 unavím se rychleji než dříve
- 2 téměř vše mne unaví
- 3 jsem příliš unaven, než abych něco udělal

## **R**

- 0 nemám horší chuť než dříve
- 1 má chuť není tak dobrá jako dříve
- 2 má chuť sem silně zhoršila
- 3 nemám už žádnou chuť

## **S**

- 0 v poslední době jsem sotva ubral na váze
- 1 ubral jsem víc než dvě kila
- 2 ubral jsem víc než 5 kilo
- 3 ubral jsem víc než 8 kilo

## **T**

- 0 nedělám si žádnou větší starost o své zdraví
- 1 tělesné problémy jako bolesti, žaludeční obtíže nebo zácpa mi působí starosti
- 2 mám tak veliké starosti se svým zdravím, že mi připadá zatěžko myslet na něco jiného
- 3 mám tak velké starosti o své zdraví, že na nic jiného nemyslím

## **U**

- 0 v poslední době jsem nepozoroval žádnou změnu ve svém zájmu o sex
- 1 o sex se nyní zajímám méně než dříve
- 2 o sex se nyní zajímám mnohem méně než dříve
- 3 ztratil jsem zájem o sex

Zdroj: Křivohlavý, J. (2003). Jak zvládat depresi. Praha: Grada.

## Příloha 6: Pöldingerův dotazník

### PÖLDINGERŮV DOTAZNÍK

Tento dotazník je nástrojem k rozpoznání závažnosti sebevražedného rizika. Prosím zakroužkujte vždy jen jednu odpověď, buď „ANO“, nebo „NE“. Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

1. Přemýšlel jste v současné době o možnosti sebevraždy?	ANO/NE
2. Přemýšlel jste o této možnosti často?	ANO/NE
3. Musíte o tom přemýšlet, přestože nechcete? Vnucují se Vám takové myšlenky vlastně samy proti vaší vůli?	ANO/NE
4. Už jste někdy uvažoval o způsobu sebevraždy?	ANO/NE
5. Dělal jste již nějaké přípravy k sebevraždě?	ANO/NE
6. Mluvil jste s někým o svých sebevražedných úmyslech?	ANO/NE
7. Už jste se někdy v minulosti pokusil o sebevraždu?	ANO/NE
8. Spáchal někdo z vašich příbuzných či přátel sebevraždu?	ANO/NE
9. Cítíte, že vaše situace je strašná a beznadějná?	ANO/NE
10. Dělá vám potíže myslet na něco jiného, než na současné problémy?	ANO/NE
11. Máte nyní méně kontaktů se svými příbuznými a přáteli?	ANO/NE
12. Máte zájem o to, co se děje ve vašem okolí nebo zaměstnání? Baví vás vaše koníčky?	ANO/NE
13. Máte kolem sebe někoho, s kým byste volně a s důvěrou mohl pohovořit o svých problémech?	ANO/NE
14. Žijete pohromadě s dalšími lidmi (rodina, přátelé)?	ANO/NE
15. Máte pocit výrazné zodpovědnosti k rodině, zaměstnání?	ANO/NE
16. Myslíte, že jste v zásadě věřící člověk?	ANO/NE

Zdroj: Laňková, J., Siblíková, J. (2004). Deprese: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.

## **Příloha 7: Informovaný souhlas**

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS – INFORMACE O ÚČASTI NA VÝZKUMU**

#### **Kdo výzkum provádí?**

Jmenuji se Anna Rotreklová a studuji na 1. lékařské fakultě Karlovy univerzity obor Adiktologie (což znamená studium závislostí). Chtěla bych Vás porosit o jednorázové vyplnění dotazníků pro účely mého výzkumu. Výzkum bude součástí mé diplomové práce.

#### **Cíl výzkumu:**

Cílem mého výzkumu je zjištění souvislostí mezi výskytem depresivních symptomů a rizikem suicidia (=sebevraždy) u pacientů – mužů závislých na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě.

#### **Kdo se výzkumu účastní?**

Cílovou skupinou výzkumu jsou muži léčící se na oddělení léčby závislostí na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě ve vybraných zařízeních v ČR. Počet účastníků se bude pohybovat kolem 100 osob.

#### **Co obnáší účast ve výzkumu a jak se dotýká léčebné péče?**

Účast ve výzkumu obnáší vyplnění tří krátkých dotazníků: Beckova inventáře deprese, Pöldingerova dotazníku a Anamnestického dotazníku. Vyplnění dotazníků potrvá kolem 15 minut. Nepředpokládám, že by s účastí v mém výzkumu byla spojena jakákoli újma, škoda či náklad. Účastí ve výzkumu není nijak ovlivněna kvalita ani rozsah léčebné péče.

#### **Výdaje spojené s účastí na výzkumu:**

S účastí na výzkumu nejsou spojeny žádné výdaje ze strany Vás - pacientů.

#### **Dobrovolnost účasti na výzkumu a práva účastníků výzkumu:**

Vaše účast na výzkumu je dobrovolná. Pokud s vyplněním dotazníků nesouhlasíte, máte samozřejmě právo účast v mém výzkumu odmítnout. Každý, kdo se účastní výzkumu má právo neodpovídat na otázku, kterou považuje za nevhodnou. Každý účastník výzkumu má právo kdykoli ukončit účast na výzkumu.

#### **Ochrana osobních údajů:**

Zabezpečení ochrany osobních údajů odpovídá zákonu 101/2000 Sb. Informace, které od Vás sběrem dotazníků získám, jsou anonymní - jste u mě vedeni jen pod číslem od 1 do X. Zjištěné údaje použiji jen pro účely mého výzkumu a budou sdílena jen v rámci výzkumného týmu. List s Vaším podpisem k souhlasu s účastí na tomto výzkumu se mi zpět nezasílá, a bude uchován ve Vaší dokumentaci, takže mi Vaše jména nebudou poskytnuta.



**Získání doplňujících a podrobnějších informací:**

Pokud byste měli nějaké otázky k mému výzkumu nebo se chtěli dozvědět závěrečné výsledky výzkumu, kontaktujte mě na emailovou adresu: [anna.rotrekl@seznam.cz](mailto:anna.rotrekl@seznam.cz)

Děkuji za Váš čas a za účast na mém výzkumu.

Anna Rotreklová

Souhlasím s účastí ve výzkumu zabývající se tématem souvislosti depresivních symptomů a rizika suicidia (=sebevraždy) u pacientů – mužů závislých na nealkoholových návykových látkách v ústavní léčbě realizovaného Annou Rotreklovou, studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Adiktologie na 1. lékařské fakultě Karlovy univerzity v Praze.

Veškerá data jsou anonymní, se získanými daty bude nakládáno v souladu se zákonnými normami.

V.....dne.....

.....

Váš podpis

**Příloha 8: Počet lůžek celkem, počet lůžek pro léčbu uživatelů návykových látek k 31. 12. 2010 a počet hospitalizací se základní diagnózou F10-F19 za rok 2010**

Název zařízení	Název obce zařízení	Počet stanovených lůžek celkem
Psychiatrická léčebna Bohnice	Praha 8	1358
Psychiatrická léčebna v Dobřanech	Dobřany	1225
Psychiatrická léčebna v Kroměříži	Kroměříž	
Psychiatrická léčebna	Opava	975
Psychiatrická léčebna	Brno	
Psychiatrická léčebna	Havlíčkův Brod	
Psychiatrická léčebna	Kosmonosy	
Psychiatrická léčebna	Jihlava	530
Psychiatrická léčebna Jihlava	Šternberk	
Psychiatrická léčebna	Horní Beřkovice	507
<b>Celkem</b>		<b>8392</b>

Název zařízení	Počet lůžek pro léčbu alkoholismu a ostatních závislostí celkem	Počet hospitalizací se základní diagnózou F11-F19		
		Muži	Ženy	Celkem
PL Bohnice	231	519	362	881
PL Dobřany	138	155	61	216
PL Kroměříž				
PL Opava	145	380	117	497
PL Brno				
PL Havlíčkův Brod				
PL Kosmonosy				
PL Jihlava	108	131	45	176
PL Šternberk				
PL Horní Beřkovice	101	217	47	264
<b>Celkem</b>	<b>1314</b>	<b>2471</b>	<b>1110</b>	<b>3581</b>

Pozn.: Zdravotnická zařízení označena žlutou barvou nedala souhlas se zveřejněním individuálních údajů.

Zdroj: L (MZ) 1-02, Národní registr hospitalizovaných.